

*Sirkku Pikkujämsä, Kirsti Ylitalo-Katajisto, Kirsi Paasovaara,  
Keijo Koski, Sinikka Salo*

## **Lääkärin ja hoitajan vastaanoton**

---

# **VALINNANVAPAAUS JA RAHOITUS**

Havaintoja Oulun kaupungissa vuosina 2012–2013

## KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	
Tekijät	Toimeksiantaja
Sirkku Pikkujämsä, Kirsti Ylitalo-Katajisto, Kirsi Paasovaara, Keijo Koski, Sinikka Salo	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimitilien asettamispäivä

## Muiston nimi

Lääkärin ja hoitajan vastaanoton valinnanvapaus ja rahoitus  
Havainnot Oulun kaupungissa vuosina 2012–2013

## Tiivistelmä

■ Terveydenhuoltolaki paransi kansalaisten asemaa mahdollistamalla julkisen terveysaseman valinnanvapauden. Tämän lisäksi osa väestöstä voi käyttää rinnakkaisia vastaanottopalveluita työ- ja opiskeluterveydenhuollossa ja yksityisessä terveydenhuollossa. Myös näitä kaikkia rahoitetaan osin julkisin varoin. Kokonaiskuvaa kansalaisten käyttämistä vastaanottopalveluista ja palveluiden kohdentumisesta ei ole millään taholla.

Tässä raportissa kuvataan lääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluiden valinnanvapauden toteutumista Oulun kaupungissa: asiakasmääriä ja palveluiden käyttöä, eri palveluntuottajien sopimusohjausmallia sekä vastaanottopalveluiden tuottamisesta maksettavien korvausten perusteita ja niitä korreloivia tekijöitä. Kunnallisen perusterveydenhuollon lisäksi tarkastellaan työterveyshuoltoa ja opiskelijoiden terveydenhuoltoa osana vastaanottopalveluiden valinnanvapautta sekä kaupungin osuutta niille kohdentuvassa rahoituksessa. Työterveyshuollon sairaanhoidon asemaa suomalaisessa palvelujärjestelmässä hahmotellaan nykytilan lisäksi useamman teoreettisen vaihtoehdon kautta.

Esiin nostetaan valinnanvapauden toteuttamiseen ja yhteiskunnalliseen rahoittamiseen liittyviä kehittämistarpeita muuttuvassa palvelujärjestelmässä. ”Raha seuraa asiakasta” -mallin mahdollisuuksia vastaanottopalveluissa pohditaan erityisesti monituottajuuden näkökulmasta. Kansallisia ratkaisuja edellyttäisivät erityisesti osapuolten asemaan ja vastuuseen, hankintamenettelyyn ja kustannusten korvaamiseen liittyvät asiat.

## Asiasanat

opiskeluterveydenhuolto, perusterveydenhuolto, sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus, työterveys-huolto

Sosiaali- ja terveysministeriön  
raportteja ja muistioita 2014:20

Muut tiedot  
[www.stm.fi](http://www.stm.fi)

ISSN-L 2242-0037  
ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu)  
ISBN 978-952-00-3494-8  
URN:ISBN:978-952-00-3494-8  
<http://urn.fi/> URN:ISBN:978-952-00-3494-8

Kokonaissivumäärä  
43

Kieli  
Suomi



SOSIAALI- JA  
TERVEYSMINISTERIÖ

## PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	
Författare	Uppdragsgivare
Sirkku Pikkujäämsä, Kirsti Ylitalo-Katajisto, Kirsi Paasovaara, Keijo Koski, Sinikka Salo	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet

## Rapportens titel

Frihet att välja läkar- och sjuksköttarmottagning samt finansiering  
lakttagelser i Uleåborgs stad under åren 2012 – 2013

## Referat

■ Hälso- och sjukvårdslagen förbättrade medborgarnas ställning genom att möjliggöra friheten att välja offentlig hälsostation. Därutöver kan en del av befolkningen använda parallella mottagnings-tjänster inom företags- och studerandehälsovården och den privata hälso- och sjukvården. Även dessa finansieras delvis med offentliga medel. Ingen instans har en helhetsbild av de mottagnings-tjänster som medborgarna utnyttjar och hur tjänsterna inriktas.

I rapporten beskrivs hur friheten att välja tjänster som tillhandahålls av läkar- och sjuksköttarmottagningar i Uleåborgs stad har förverkligats: klientantalet och användningen av tjänster, modellen för kontraktstyrning för olika serviceproducenter samt grunderna för ersättningar som betalas för tillhandahållandet av mottagnings-tjänsterna och faktorer som korrelerar med dessa. Förutom den kommunala primärvården granskar man också företagshälsovården och studerandehälsovården som ett led i friheten att välja mottagnings-tjänster och stadens andel av finansieringen av dem. Ställningen som sjukvården inom företagshälsovården har i det finländska servicesystemet betraktas förutom i fråga om nuläget också genom flera teoretiska alternativ.

Rapporten lyfter fram behov att utveckla förverkligandet av valfriheten och dess samhälleliga finansiering inom det föränderliga servicesystemet. Vilka möjligheter modellen ”pengarna följer klienten” har i mottagnings-tjänster i Finland dryftas i synnerhet ur synvinkeln för flerproducentmodellen. Särskilt frågor med anknytning till de olika parternas ställning och ansvar, anskaffningsförfarandet och ersättning för kostnaderna skulle förutsätta nationella lösningar.

## Nyckelord

finansiering av social- och hälsovård, företagshälsovård, primärvård, studerandehälsovård

Social- och hälsovårdsministeriets  
rapporter och promemorior 2014:20

Övriga uppgifter

[www.stm.fi/svenska](http://www.stm.fi/svenska)

ISSN-L 2242-0037

ISSN 2242-0037 (online)

ISBN 978-952-00-3494-8

URN:ISBN:978-952-00-3494-8

<http://urn.fi/> URN:ISBN:978-952-00-3494-8

Sidoantal

43

Språk

Finska



SOCIAL- OCH  
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

# SISÄLLYS

1	Johdanto .....	5
1.1	Alkusanat ja kiitokset .....	5
1.2	Johdatus aiheeseen .....	6
2	Vastaanottopalveluiden valinnanvapaus eri asiakasryhmillä.....	7
2.1	Julkisen terveysaseman ja vastaanottopalveluiden valinnanvapaus .....	7
2.2	Työterveyshuollon vastaanottopalvelut.....	8
2.3	Opiskeluterveydenhuolto ja YTHS.....	8
2.4	Yksityinen terveydenhuolto.....	9
2.5	Kansainväliset kokemukset valinnanvapaudesta .....	10
3	Perusterveydenhuollon vastaanottopalvelujen järjestäminen ja monikanavainen rahoittaminen.....	11
3.1	Oulun kaupungin rahoittamat vastaanottopalvelut vuonna 2012 .....	13
3.2	Oululaisten käyttämien vastaanottopalveluiden julkinen rahoittaminen vuonna 2012 .	14
4	Vastaanottopalveluiden valinnanvapaus Oulussa .....	16
4.1	Julkisen terveysaseman valinnanvapauden käyttö Oulussa.....	16
4.2	Työterveyshuollon sairaanhoito, opiskeluterveydenhuolto ja yksityinen terveydenhuolto osana valinnanvapautta Oulussa .....	19
5	Vastaanottopalveluiden valinnanvapausjärjestelmän kehittämistarpeet Oulussa .	22
5.1	Oululainen hyvinvointikeskusmalli .....	22
5.2	Valinnanvapaus oululaisessa hyvinvointikeskusmallissa.....	25
6	Oulun kaupungin kokemuksia vastaanottopalveluiden rahoittamisesta ja sopimusohjauksesta.....	26
6.1	Oulun kaupungin oman palvelutuotannon vastaanottopalvelun sopimusohjaus.....	26
6.2	Oulun kaupungin sopimusohjaus yksityisen palveluntuottajan terveysasemapalvelulle	27
6.3	Tuotantokustannuksiin vaikuttavat tekijät vastaanottopalveluissa .....	28
6.4	Työterveyshuollon sairaanhoidon rahoittaminen Oulun kaupungissa.....	34
6.5	Opiskelijoiden terveydenhuollon rahoitus Oulussa .....	35
6.6	Muun työterveyshuollon sairaanhoidon ja yksityisen terveydenhuollon käyttö osana vastaanottopalveluiden valinnanvapautta .....	36
7	Yhteenveto Oulun kaupungin havainnoista .....	36
7.1	Vastaanottopalveluiden valinnanvapaus .....	36
7.2	Vastaanottopalveluiden monikanavainen rahoitus .....	37
7.3	Vaihtoehtoja työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden asemalle osana vastaanottopalveluiden valinnanvapautta .....	38
7.4	Pohdintaa "raha seuraa asiakasta" -mallista vastaanottopalveluissa .....	40
8	Keskeiset kansallisesti ratkaistavat kysymykset.....	42

# 1 JOHDANTO

## 1.1 ALKUSANAT JA KIITOKSET

Oulun seudulla on toteutettu väkiluvultaan maan lähihistorian suurin kunta- ja palvelurakennemuutos. Kesäkuussa 2010 tehtyjen päätösten tuloksena Oulun kaupunki sekä sen ympäristökunnat Haukipudas, Kiiminki, Oulunsalo ja Yli-Ii muodostivat 1.1.2013 alkaen uuden lähes 200 000 asukkaan Oulun kaupungin. Uudistunut kuntarakenne on edellyttänyt kuntalaisten yhdenvertaisuuden näkökulmasta myös palveluperiaatteiden uudistamista. Samaan ajankohtaan on ajoittunut useiden kansallisten sosiaali- ja terveydenhuoltolakien muutoksia. Terveys- ja terveydenhuoltolain uudistus lisäsi kansalaisten valinnanvapautta niin hoitopaikan kuin hoitohenkilöstönkin suhteen. Toisaalta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain uudistaminen on ollut työn alla.

Valinnanvapaus Oulussa (VALO) -hankkeen tavoitteena oli selvittää asukkaiden valinnanvapautta, sitoutumista ja tyytyväisyyttä perusterveydenhuollon vastaanottopalveluihin. Lisäksi etsittiin keinoja palveluiden järjestämiseksi tehokkaalla, tarkoituksenmukaisella ja kestäväällä tavalla. Oulun kaupungissa valmistauduttiin VALO-hankkeilla monikuntaliitokseen liittyvään kunnan sisäisen järjestämisalueen laajenemiseen ja terveydenhuoltolain säätämään terveysaseman valinnanvapauteen. Liitoskuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut yhdistettiin jo vuotta ennen juridista kuntien yhdistymistä eli 1.1.2012 alkaen. Uuden kaupungin palvelut päätettiin toteuttaa ns. sopimusohjausmallilla (aiemmin tilaaja-tuottajamalli), jossa palveluiden järjestäjäorganisaatio ohjaa sopimuksiin perustuen sekä kaupungin omaa palvelutuotantoa että muita tuottajia (yksityissektori, kolmas sektori).

Sosiaali- ja terveysministeriö hyväksyi VALO-hankkeen teemaksi Oulun kaupungin alueelliseen kokeiluun<sup>1</sup>. Hanke sai rahoitusta 73 710 euroa STM:n Kaste-ohjelmasta Oulun kaupungin oman rahoitusosuuden ollessa 24 570 euroa. Hanke toteutettiin 1.1.2012–31.10.2013. Nyt raportoitavaa VALO-hanketta edelsi Sitran rahoituksella vuosina 2010–2011 tehty samanniminen kehittämishanke, jossa luotiin malli kunnan sisäiselle terveysaseman valinnanvapauden toteuttamiselle ja selvitettiin kansalaisten valintojen taustalla olevia syitä. Lisäksi selvitettiin asiakkaiden valinnan perusteella palveluntuottajalle maksettavien korvausten periaatteita sekä mahdollisia kannustimia ja sanktioita<sup>2</sup>.

Kirjoittajat haluavat kiittää hyvinvointipalvelujen controller Marja Kääriäistä kustannusten kokoamisesta ja oivaltavasta analyysistä sekä Oulun Työterveys -liikelaitoksen johtaja Tuomas Kopperoista ja YTHS:n Oulun terveystalouden johtaja, ylilääkäri Riitta Mäkelää aineiston toimittamisesta ja raportin kommentoinnista osaltaan. Arvokasta arviointia ovat antaneet myös Juha Teperi nykyisin Tampereen yliopistosta, Jorma Mäkitalo Työterveyslaitokselta sekä Hennamari Mikkola ja Timo Hujanen Kelasta, mistä lämmin kiitos kaikille. Kirjoittajista VALO-hankkeen projektipäällikkö Kirsi Paasovaara on koonnut Oulun kaupungin tiedot luvuissa 3, 4 ja 6 ja analysoinut ne vanhempi neuvonantaja Keijo Kosken tukemana sekä osallistunut raportin kirjoittamiseen. Terveysjohtaja Sirkku Pikkujämsä (luvut 2–4 sekä 6–7) ja hyvinvointijohtaja Kirsti Ylitalo-Katajisto (luvut 3, 5, 7) vastaavat pääosin tekstistä ja tulkinnoista. Apulaiskaupunginjohtaja Sinikka Salo on toiminut hankkeen ohjausryhmän puheenjohtajana sekä raporttivalmistelun kokonaisuuden ohjaajana.

Raportti on luovutettu julkaistavaksi huhtikuun 2014 lopussa. Hallitus- ja oppositiopuolueet ovat 23.3.2014 linjanneet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirtyvän viidelle alueelliselle järjestäjälle. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki on valmisteilla par-

<sup>1</sup> Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellinen kokeilu, STM036:00/2011

<sup>2</sup> Paasovaara ym. 2012

lamentaarissa ohjausryhmässä, mutta lain yksityiskohtaisesta sisällöstä ei ole raportin kirjoitusvaiheessa tietoa.

## 1.2 JOHDATUS AIHEESEEN

Tässä raportissa kuvataan lääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluiden valinnanvapauden toteutumista Oulun kaupungissa. Lisäksi kuvataan eri palveluntuottajien sopimusohjausmallia sekä vastaanottopalveluiden tuottamisesta maksettavien korvausten perusteita. Kunnallisen perusterveydenhuollon lisäksi on tarkasteltu myös työterveyshuoltoa, opiskeluterveydenhuoltoa ja yliopisto-opiskelijoiden terveydenhuoltoa (YTHS) osana vastaanottopalveluiden valinnanvapautta ja kaupungin osuutta niille kohdentuvassa rahoituksessa.

Raportissa ei ole käsitelty erikoissairaanhoidon valinnanvapauteen tai rahoittamiseen liittyviä kysymyksiä. Vastaanottopalveluiden rahoittamisessa ei ole käsitelty valtionosuuksia, jotka kunta saa sosiaali- ja terveydenhuollon kriteerien perusteella. Resursseja, jotka asiakkaat itse, vakuutusyhtiöt tai muut työnantajat kuin Oulun kaupunki kohdentavat vastaanottopalveluiden tuotantoon, ovat käsitelty ulkopuolella, sillä näistä ei ole ollut saatavissa luotettavaa tietoa. Kelan osallistumisesta eri toimintojen rahoitukseen on esitetty arvioita.

VALO-hankkeessa pohdittiin muun muassa seuraavia kysymyksiä: Toteutuuko valinnanvapaus Oulussa lainsäätäjän tarkoittamalla tavalla? Mitkä ovat eri väestöryhmien todelliset valinnan vaihtoehdot? Ovatko kansalaiset valinnanvapauden suhteen yhdenvertaisessa asemassa? Käytetäänkö eri tahojen järjestämiä palveluita päällekkäin ja rinnakkain? Vastaavatko eri palveluntuottajien saamat julkisen rahoittajan korvaukset kohdeväestön palvelutarvetta? Ohjaako korvausmalli kokonaistaloudelliseen toimintatapaan? Mitä ongelmia liittyy vastaanottopalveluiden monikanavaisen rahoitukseen? Miten monituottajuutta voitaisiin hyödyntää?

Hanke osoittautui ajankohtaiseksi, sillä myös sosiaali- ja terveystieteiden yhteiskunnallinen keskustelu keskittyi vuonna 2013 palvelurakennemuutokseen ja toisaalta kysymyksiin terveydenhuollon eriarvoisuudesta, perusterveydenhuollon saatavuusongelmista ja monikanavaisesta rahoituksesta. THL julkaisi syksyllä 2013 aloitteen ”Jonottamatta hoitoon” perusterveydenhuollon uudistamiseksi<sup>3</sup>.

Tässä raportissa nostetaan esiin valinnanvapauden toteuttamiseen ja yhteiskunnalliseen rahoittamiseen liittyviä kehittämistarpeita muuttuvassa palvelujärjestelmässä. Näkökulmana on peruskunnan näkemys palveluiden järjestäjänä ja rahoittajana. VALO-hankkeessa esiin nousseilla seikoilla on annettavaa kansalliseen meneillään olevaan pohdintaan terveydenhuollon rakenteista ja rahoituksesta.

---

<sup>3</sup> Erhola ym. 2013

## 2 VASTAANOTTOPALVELUIDEN VALINNANVAPAAUS ERI ASIAKASRYHMISSÄ

*Suomessa koko väestö voi valita vapaasti julkisen terveysaseman, joka tuottaa lääkärin ja hoitajan vastaanottopalvelut.*

*Työssäkäyville ja opiskelijoille on lisäksi päällekkäisenä valinnanmahdollisuutena työ- ja opiskeluterveydenhuoltoon liittyvä sairaanhoito.*

*Yksityinen terveydenhuolto tarjoaa valittavaksi rinnakkaisia lääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluita, joiden käyttöä myös rahoitetaan osin julkisin varoin.*

*Millään taholla ei ole tietoa vastaanottopalveluiden käytön kokonaisuudesta henkilötasolla.*

### 2.1 JULKISEN TERVEYSASEMAN JA VASTAANOTTOPALVELUIDEN VALINNANVAPAAUS

Terveydenhuoltolain 47 §:n mukaan on kuntalainen voinut 1.5.2011 alkaen valita kunnan sisällä julkisen terveysaseman, josta saa tarvitsemansa perusterveydenhuollon palvelut. Vuoden 2014 alusta alkaen valinnanvapaus laajeni koko maata kattavaksi ja myös maan rajat ylittävaksi. Valinnanvapauden on ajateltu parantavan kansalaisten asemaa.

Valinta pitää sisällään terveydenhuoltolain toisessa (Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen) ja kolmannessa (Sairaanhoito) luvussa tarkoitetut terveydenhuollon palvelut, joskaan tarkkaa määritelmää valinnanvapauden piiriin kuuluvista palveluista ei ole tehty. Vaikka joitakin rajanveto-ongelmia on noussut esille muun muassa mielenterveys- ja päihdepalveluiden suhteen, on perustason lääkärin ja hoitajan vastaanottopalvelujen katsottu kuuluvan valinnanvapauden piiriin. Valinta voi terveydenhuoltolain mukaan kohdistua samanaikaisesti vain yhteen (julkisen terveydenhuollon) terveysasemaan. Uuden valinnan voi lähtökohtaisesti tehdä aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä valinnasta.

Terveysaseman valinnanvapaus on Suomessa vielä tuore. Valinnanvapaudessa on lähdetty periaatteesta, jonka mukaan yksilöllä on oikeus halutessaan ilmoittaa terveysasemasta, jolla haluaa asioida. Sen sijaan velvollisuutta aktiivisesti ilmoittaa valinnastaan ei ole. Käytännössä jokainen kuntalainen sijoitetaan järjestäjätahon toimesta jollekin kunnan julkisen järjestämävastuun piiriin kuuluvalla terveysasemalle, ilmoitti kuntalainen omasta valinnastaan tai ei. Järjestelmä johtaa tilanteeseen, että kaikki kansalaiset ovat sijoitettuna jollekin julkisen terveydenhuollon terveysasemalle riippumatta siitä, käyttivätkö he kyseessä olevan terveysaseman palveluita tai sen aseman lisäksi myös muita rinnakkaisia palveluita.

Tietoisuus perusterveydenhuollon palveluiden huonosta saatavuudesta ja terveydenhuollon eriarvoistumisesta on noussut Suomessa. Kansainvälissä vertailussa (OECD, EU, WHO) Suomi asettuu viimeisten joukkoon tarkasteltaessa yleislääkärin vastaanotolle pääsyn mahdollisuutta. Kansalaisille tilanne näyttäytyy pitkinä odotusaikoina, hoitoon pääsyn ongelmina ja eriarvoisuutena. Maan sisällä kansalaiset ovat eriarvoisessa asemassa. THL:n lokakuussa 2013 tekemässä selvityksessä todettiin, että vain 21 prosenttia suomalaisista pääsee terveyskeskuslääkärin vastaanotolle alle kahdessa viikossa ja 18 prosenttia kansalaisista joutuu jonottamaan yli viisi viikkoa. Yhden kunnan sisälläkin saatavuuserot terveysasemittain voivat olla merkittäviä, näin myös Oulussa.

Vaikka jokaisen kansalaisen käytettävissä on yhdenvertaisin perustein kotikunnan järjestämä ja terveysasemalla tuotettu vastaanottopalvelu, on valinnanvapauden todellisessa toteu-

tumisessa eriarvoisuutta eri väestöryhmien välillä. Työssä käyvillä on työnantajan hankkiman työterveyshuoltopalvelun laajuudesta riippuen mahdollisuus käyttää työterveyshuollon sairaanhoitoa. Toisen asteen opiskelijoille on järjestetty opiskeluterveydenhuolto, joka osin pitää sisällään myös sairaanhoidon vastaanottopalveluita. Yliopisto-opiskelijat voivat käyttää Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) palveluita. Kaikki kansalaiset voivat halutessaan hankkia vastaanottopalveluita myös yksityisen terveydenhuollon kautta. Näiden rinnakkaisten palveluiden käyttö ei poissulje kansalaisen oikeutta kotikuntansa terveysaseman vastaanottopalveluun. Huomattavaa on, että myös näitä rinnakkaisia vastaanottopalveluja rahoitetaan julkisista varoista.

## 2.2 TYÖTERVEYSHUOLLON VASTAANOTTOPALVELUT

Työnantajalla on työterveyshuoltolain (2001) perusteella velvollisuus järjestää työntekijöilleen ehkäisevä työterveyshuolto. Työterveyshuolto on työntekijöiden terveyden ja työolojen kehittämiseen tähtäävää toimintaa, jolla tuetaan henkilön työkykyisyyttä. Lisäksi työnantaja voi halutessaan järjestää työntekijöilleen myös eritasoisia sairaanhoidon palveluita.

Työnantaja voi hankkia työterveyshuollon palvelut kunnallisesta terveyskeskuksesta, yksityiseltä palveluntuottajalta tai tuottaa ne itse. Työterveyshuollon sisältö ja sairaanhoitopalveluiden laajuus määritellään työnantajan ja palveluntuottajan välisellä sopimuksella. Työterveyshuollon rahoittavat työnantajat ja Kela. Kela korvaa työnantajalle työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneita tarpeellisia ja kohtuullisia kustannuksia sairausvakuutuslain perusteella. Korvausluokka I korvaa lakisääteisen ehkäisevän työterveyshuollon kustannuksia sekä korvausluokka II sairaanhoidon palveluiden kustannuksia. Työterveyshuolto on työntekijöille maksutonta.

Työterveyshuollon ja kuntien perusterveydenhuollon kustannuksilla asukasta kohti on todettu olevan selkeä yhteys. Mitä suuremmat ovat työterveyshuollon kustannukset, sitä pienemmät ovat kunnan perusterveyshuollon avohoidon kustannukset. Korvausluokan II sairaanhoidon kustannukset ovat merkittäviä suurissa ja keskisuurissa kaupungeissa. Näillä alueilla työterveyshuollon sairaanhoito saattaa korvata merkittävän osan perusterveydenhuollon lääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluista. Sairausvakuutuksen kautta kanavoitua rahoitus ja työnantajat tukevat mittavasti näiden kuntien avoterveydenhuoltoa.<sup>4</sup>

Työntekijällä on mahdollisuus käyttää vastaanottopalveluidensa tuottajana työnantajan valitsemaa palveluntuottajaa työnantajan tekemän työterveyshuoltosopimuksen kattaman sairaanhoidon osalta. Mahdollisuus käyttää työterveyshuollon palveluita on päällekkäinen kunnallisen terveysaseman valinnanmahdollisuuden kanssa.

## 2.3 OPISKELUTERVEYDENHUOLTO JA YTHS

Terveydenhuoltolain opiskeluterveydenhuoltoa koskevan 17 §:n mukaan kunnan on järjestettävä opiskeluterveydenhuollon palvelut alueellaan sijaitsevien lukioiden, ammatillista peruskoulutusta antavien oppilaitosten sekä korkeakoulujen ja yliopistojen opiskelijoille heidän kotipaikastaan riippumatta. Säädöksellä varmistetaan terveyden edistäminen ja vastaanottopalvelut myös niille opiskelijoille, joiden kotikunta on muu kuin opiskelupaikkakunta. Opiskeluterveydenhuolto voidaan järjestää osana kunnallista perusterveydenhuoltoa. Yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen opiskelijoiden osalta kunta voi sopia palveluiden järjestämisestä myös muulla Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston hyväksymällä tavalla.

---

<sup>4</sup> Hujanen & Mikkola 2013



Opiskeluterveydenhuoltoon sisältyy terveyttä ja hyvinvointia edistävän toiminnan lisäksi terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen järjestäminen opiskelijoille, mielenterveys- ja päihdetyö, seksuaaliterveyden edistäminen ja suun terveydenhuolto. Opiskeluterveydenhuollon vastaanottopalvelut ovat suurelta osin rinnastettavissa terveysasemien vastaanotto toimintaan.

Vastaanottopalveluiden valinnanvapauden näkökulmasta on opiskelijoilla mahdollisuus käyttää terveydenhuoltolain 47 ja 48 §:n mukaisen terveysaseman valinnanvapauden lisäksi halutessaan opiskeluterveydenhuollon rinnakkaisia vastaanottopalveluita.

YTHS on opiskeluterveydenhuollon palveluiden tuotantoon keskittyvä säätiö, jonka tarkoituksena on tuottaa terveydenhuoltopalveluita yliopisto- ja korkeakouluopiskelijoille. Viime vuosina on kokeiltu YTHS:n palveluiden tarjoamista myös ammattikorkeakouluopiskelijoille. YTHS on yksityinen palvelutuottaja, jonka toiminta on pääosin julkisrahoitteista. Yliopisto- ja korkeakoulupaikkakunnat ovat tehneet sopimuksen YTHS:n kanssa opiskeluterveydenhuollon palveluiden tuottamisesta terveydenhuoltolain opiskeluterveydenhuoltoa koskevan 17 §:n mukaisesti. Sopimusta koordinoi kansallisesti Suomen Kuntaliitto. YTHS noudattaa muun muassa julkisille organisaatioille säädettyjä hoitotakuulainsäädännön mukaisia hoitoon pääsyn määraaikoja.<sup>5</sup>

Terveyden ja hyvinvoinnin sekä opintoympäristön terveydellisten olojen tarkistamisen lisäksi kuuluvat YTHS:n tehtäviin myös terveyden- ja sairaanhoitopalvelut yleisterveyden, suun terveyden ja mielenterveyden osalta. Nämä palvelut ovat suurelta osin rinnastettavissa terveyskeskuksissa annettavaan perusterveydenhuoltoon. YTHS:n palveluihin opiskelijat ovat oikeutettuja ylioppilaskunnan jäsenyyden kautta.

YTHS:n toiminta rahoitetaan Kelan maksamalla korvauksella (59,6 %), yliopistokaupunkien maksamalla yleisavustuksella (11,5 %) sekä opiskelijoiden maksamalla terveydenhoitomaksuilla ja käyntimaksuilla (18,8 %). Lisäksi YTHS saa vuokratuloihin avustusta opetus- ja kulttuuriministeriöltä.<sup>6</sup> Kuntien antama avustus määritellään vuosittaisena opiskelijamäärään perustuvana summana (€/opiskelija/vuosi).

## 2.4 YKSITYINEN TERVEYDENHUOLTO

Kaikki kansalaiset voivat halutessaan käyttää myös yksityisen terveydenhuollon palveluja. Yksityisen terveydenhuollon yleis- ja erikoislääkäripalveluiden saatavuutta pidetään julkista palvelua merkittävästi parempana. Kansalainen voi hakeutua suoraan erikoislääkärille ilman erityistä lähetettä tai hoidon tarpeen arviota. Ainakin osa yksityissektorin lääkäripalveluista voidaan tällä perusteella nähdä rinnakkaisena julkisella terveysasemalla annettavaan perustason lääkärin vastaanottopalveluun – huolimatta siitä, että palvelun tuottaa erikoislääkäri eikä yleislääkäri.

Yksityisen terveydenhuollon palvelut hankitaan lähtökohtaisesti asiakkaan omilla tai asiakkaan kustantamien vapaaehtoisten vakuutusten korvauksilla. Vapaaehtoisten vakuutusten määrä on ollut kasvava. Suomalaisessa järjestelmässä Kela korvaa osan yksityisen terveydenhuollon palkkioista, hoidosta ja tutkimuksista näille määritellyn korvaustaksan mukaan. Korvaus on kuitenkin yleensä merkittävästi yksityisten tuottajien varsinaista palkkiota pienempi. Yksityisen terveydenhuollon vastaanottopalvelut ovat siis sekä rinnakkaisia julkisen perustason vastaanottopalveluille että osaltaan julkisin varoin (sairausvakuutus) korvattua.

<sup>5</sup> [www.yths.fi](http://www.yths.fi)

<sup>6</sup> [www.yths.fi](http://www.yths.fi)

## 2.5 KANSAINVÄLISET KOKEMUKSET VALINNANVAPAUESTA

*Vastaanottopalveluiden valinnanvapaus on toteutettu eri maissa usealla eri tavalla.*

*Suomessa voidaan hyödyntää muualla kehitettyjä malleja muun muassa vastaanottopalveluiden vaikuttavuuden ja laadun mittaamisessa sekä kustannusten korvaamisessa.*

Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa on 2000-luvulla tehty mittavia uudistuksia terveydenhuollon järjestämisessä ja organisoinnissa. Tavoitteena on ollut muun muassa saatavuuden ja laadun parantaminen, toiminnan tehostaminen, erilaisten tuotantomallien kehittäminen sekä asiakkaan valinnan mahdollisuuksien ja tasa-arvon lisääminen. Muutoksilla ei suoranaisesti ole tavoiteltu säästöjä, vaan niillä on pyritty vastaamaan väestön lisääntyvään palvelutarpeeseen.<sup>7</sup>

Oulussa perehdyttiin valinnanvapauteen valmistautuessa erityisesti Ruotsin maakuntien malleihin. Havaintoja on niistä kuvattu teoksessa Valinnanvapaus perusterveydenhuollossa.<sup>8</sup>

THL:n aloitteesta on kuvattu valinnanvapauden toteuttamisen malleja eri pohjoismaissa. Kansalaisen valinnanvapaus toteutuu niille tuottajille tai ammatinharjoittajille, jotka ovat mukana järjestäjän järjestelmässä. Järjestäjä- ja rahoittajataho vaihtelee ja on eri maissa joko valtio, maakäräjäalue, kunta tai vakuutusyhtiö. Lisäksi osassa maita peritään asiakkaalta asiakasmaksuja, osassa ei. Kansalainen voi uusia valinnan joko rajoittamattomasti tai useamman kerran vuodessa.<sup>9</sup>

Myös tuottajan vastaanottopalveluiden tuottamisesta saamien korvausten perusteet vaihtelevat eri maissa ja alueittain. Käytössä on kokonaan väestöperusteiseen kapitaatioon pohjautuvia malleja mahdollisine kannustimineen ja sanktioineen, pelkästään suoriteperusteiseen korvaamiseen perustuvia malleja ja sekamalleja.

Pohjoismaiset sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmät eroavat Suomen järjestelmästä. Palveluiden yhteensovittaminen on käytössä olevien mallien keskeisimpiä ongelmia. Integraatio-ongelmia esiintyy sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä vertikaalisesti että perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden välillä horisontaalisesti. Myöskään terveyden edistäminen ei kaikissa malleissa liity saumattomasti perusterveydenhuollon sairaanhoidon palveluihin. Muissa pohjoismaissa työterveyshuolto keskittyy ennaltaehkäisevään työterveyshuoltoon. Sillä ei ole suomalaisen mallin mukaista roolia perusterveydenhuollon tasoisen sairaanhoidon järjestämisessä.

Kehitettäessä suomalaista valinnanvapausjärjestelmää ja vastaanottopalveluiden rahoittamista, voidaan pohjoismaisista malleista saada paljon tukea muun muassa vaikuttavuuden ja laadun mittaamisen, seurannan sekä korvausten, kannustimien ja sanktioiden määrittelyssä. Erot suomalaisen palvelujärjestelmään on kuitenkin otettava huomioon. Suomessa painotetaan perusterveydenhuollon vastaanottopalveluiden tiivistä integraatiota sekä sosiaalipalveluihin että erikoissairaanhoidon. Vastaanottopalveluiden tavoiteasetannassa sekä tuottajien saamissa korvauksissa on painotettava kokonaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjuja arvioivia mittareita ja kyettävä kannustamaan tuottajia kokonaistaloudellisesti kestävään toimintaan.

<sup>7</sup> Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän loppuraportti, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:45.

<sup>8</sup> Paasovaara ym. 2012

<sup>9</sup> Erhola ym. 2013

### 3 PERUSTERVEYDENHUOLLON VASTAANOTTOPALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN JA MONIKANAVAINEN RAHOITTAMINEN

*Suomessa kunnat vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja siten myös kunta-laisten valinnanvapauden toteuttamisesta. Hallitus valmistelee sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistusta ja järjestämisvastuun muutosta.*

*Perusterveydenhuollon vastaanottopalveluiden rahoittaminen on Suomessa monikanavainen ja monimutkainen.*

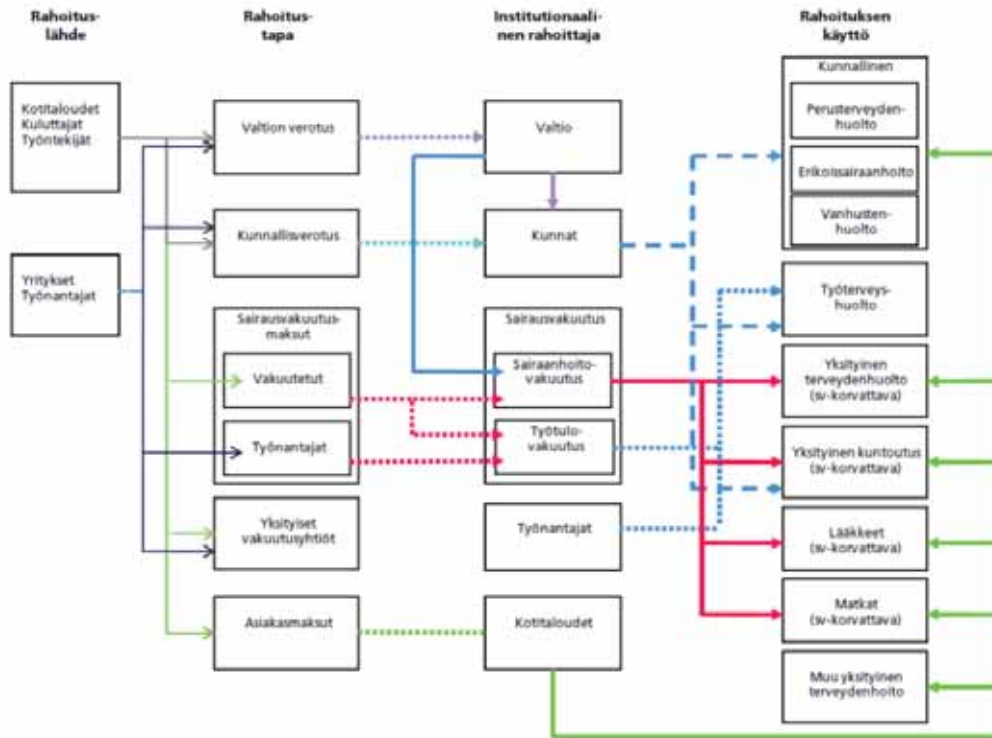
*Peruskunta rahoittaa eri perustein merkittävän osan eri toimijoiden tuottamista vastaanottopalveluista, mutta pystyy seuraamaan, analysoimaan ja kohdentamaan resurssien käyttöä vain osittain.*

*Kokonaiskuvaa väestön käyttämistä julkisista varoista korvatuista vastaanottopalveluista ei ole millään taholla eikä mikään taho pysty seuraamaan tai ohjaamaan resurssien kohdentumista. Tietoa ei ole saatavilla sairaus- eikä henkilötasolla.*

Suomessa kunnat vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja siten myös kunta-laisten valinnanvapauden toteuttamisesta. Kunnat voivat tuottaa palvelut yksin tai yhdessä toisten kuntien kanssa. Kunta voi myös ostaa palvelut toiselta kunnalta, kuntayhtymältä, yksityiseltä palveluntuottajalta tai muulta taholta. Kunta saa palveluiden järjestämiseen valtion-osuutta, joka perustuu muun muassa asukaslukuun, ikäjakumaan ja sairastavuuteen.

Hallitus valmistelee parhaillaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistusta. Ehdotus laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä on julkaistu 19.12.2013. Lailla on tarkoitus uudistaa kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, hallintoa, suunnittelua ja valvontaa koskevat säädökset. Lakia tavoitellaan voimaan 1.1.2015.

Lakiesityksen lausuntokierroksen jälkeen hallituspuolueet linjasivat uudelleen 23.3.2014 yhdessä oppositiopuolueiden kanssa sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämistä. Aikaisemmas-ta lainsäädännöstä ja linjauksista poiketen kaikki sosiaali- ja terveystalvelut järjestetään jat-kossa viiden vahvan alueellisen järjestäjän toimesta. Alueet rakentuvat nykyisten erityisvas-tualueiden pohjalta ja ne tukeutuvat olemassa oleviin toimiviin rakenteisiin. Uusien järjestä-misvastuussa olevien alueiden hallintomalli on kuntayhtymä. Niiden rahoitus tulee kunnilta painotetun kapitaatioperiaatteen mukaisesti. Alueellisen tasa-arvon ja taloudellisen tehokkuu-den varmistamiseksi kansallista ohjausta samalla vahvistetaan. Kunnat ovat jatkossakin muka-na palvelujen tuottamisessa. Uusien sosiaali- ja terveystalveluista vastaavien alueiden toimin-ta alkaa aiemman suunnitelman mukaisesti 1.1.2017. Esitetty lainsäädännön muutos on sekä kansallisesti että kansainvälisesti merkittävä, koska se yhdistää kaikki sosiaali- ja terveystalvelut viidelle vahvalle järjestäjätaholle ja siirtää kuntien järjestämisvastuulla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon sote-alueelle.



Kuvio 1. Terveydenhuollon rahavirrat suomalaisessa järjestelmässä.<sup>10</sup>

Kunnat rahoittavat terveydenhuollon palveluita verotulojensa lisäksi saamallaan valtionosuuksilla. Valtionosuusjärjestelmää ollaan juuri uudistamassa. Uuden valtionosuusjärjestelmän on tarkoitus tulla voimaan 1.1.2015. Uudessa järjestelmässä peruspalvelujen valtionosuuden laskennalliset kustannukset perustuvat erityisesti ikäryhmittäisiin kustannuksiin ja sairastavuuteen. Ikäluokkina olisivat nykyisten lisäksi uusi 16–18-vuotiaiden ikäryhmä.<sup>11</sup>

Kela rahoittaa erityisesti työterveyshuoltoa ja yksityistä terveydenhuoltoa valtion tukien ja työnantajilta ja kuluttajilta saatujen maksujen kautta. Myös työnantajat osallistuvat työterveyshuollon rahoittamiseen. Tämän lisäksi asiakkaat osallistuvat rahoitukseen asiakasmaksuillaan, kokonaan omarahoitteisesti ja osin vapaaehtoisten vakuutusten kautta (vrt. kuvio 1).<sup>12</sup>

Kukin rahoittajataho pystyy kohtuudella seuraamaan suoraan rahoittamansa palvelutuotannon toimintaa, palveluiden käyttöä ja kustannuksia. Monikanavainen rahoitusmalli ja yhtenäisten tietokantojen ja tilastojen puute ei sen sijaan mahdollista millekään järjestäjä-/rahoittajataholle kokonaisu seuranta. Tietoa eri asiakasryhmien käyttämien palveluiden kokonaisuudesta, palveluiden päällekkäisyydestä, tarkoituksenmukaisuudesta tai kokonaiskustannuksista ei ole millään yksittäisellä rahoittajataholla. Palveluiden käytön tai tuotannon ohjaaminen ja resurssien tarkoituksenmukainen kohdentaminen ei ole siis minkään yksittäisen tahon analysoitavissa.

Hallituksen linjauksessa 23.3.2014 sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämisen rahoitus tulee jatkossakin kunnilta painotetun kapitaatioperiaatteen mukaisesti. Painotettu kapitaatio tarkoittaa kunnan asukasmäärään perustuvaa maksua, jota on painotettu kuntien peruspalvelujen valtionosuuslaskennassa käytettävien, kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain tarkoitettujen sosiaali- ja terveydenhuollon määräytymisperusteiden mukaisesti muun muassa sairastuvuudella ja ikärakenteella.

Monikanavaisen rahoituksen ongelmaan liittyen hallitus päätti syksyllä 2013 laatia selvityksen rahoituksen purkamisen vaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista asiakkaan asemaan, palvelujen saatavuuteen, etuuksiin, järjestelmään ja talouteen. Työryhmä laatii selvityksen vaihtoehdoista, joilla voidaan selkiyttää sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaista rahoit-

<sup>10</sup> Pekurinen ym. 2010.

<sup>11</sup> Selvitysmiehen luonnos HE:ksi kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain muuttamisesta, 4.2.2014

<sup>12</sup> Pekurinen ym. 2010

tusta sekä poistaa sen ongelmia. Vaihtoehtojen pitää vähentää osaoptimointia ja luoda kannusteita kokonaiskustannusten vähentämiseksi.

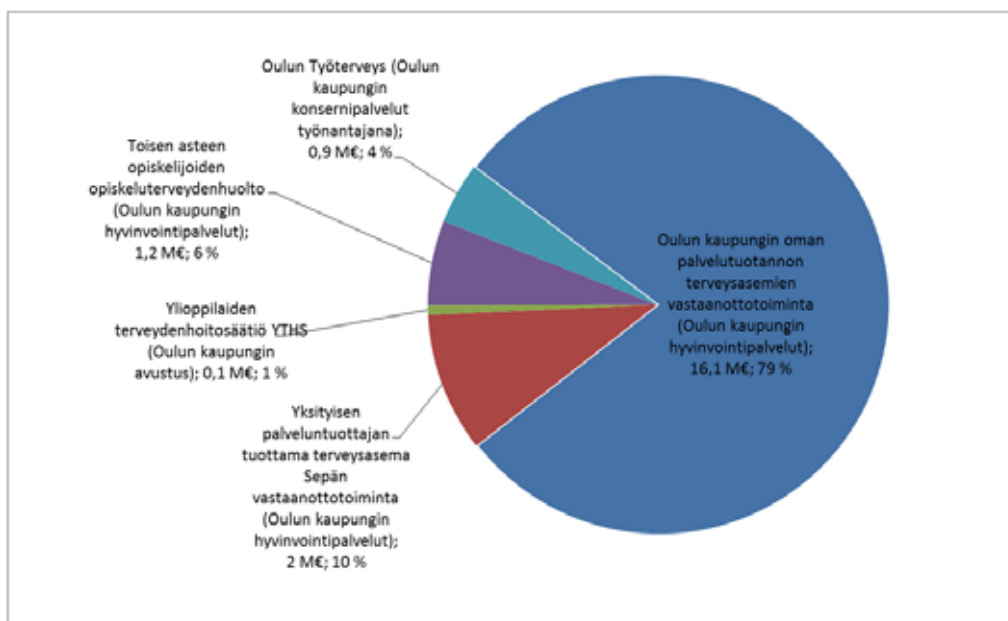
Selvityksessä otetaan huomioon tuleva hallituksen esitys uudeksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaiksi. Lisäksi huomioon otetaan palvelujen ja etuuksien saatavuus ja oikeudenmukainen kohdentuminen sekä terveydenhuoltolain ja potilasdirektiivin mukainen asiakkaan/potilaan valinnanvapaus. Selvityksessä on huomioitava kaikki rahoituskanavat, kuten valtionosuudet, kuntien rahoitus, Kela, työeläke- ja vakuutusyhtiöt, työnantajat ja työntekijät, seurakunnat, potilasvakuutus ja muut vastuuvakuutukset sekä palvelujen käyttäjien maksamat asiakasmaksut. Selvityksen valmistelussa on mahdollisuuksien mukaan hyödynnettävä tuloksia, joita saadaan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitukseen liittyvistä kokeiluista. Selvityksen on määrä valmistua alkuvuodesta 2015.<sup>13</sup>

Monikanavaisen rahoituksen uudistamisella on merkitystä kuntalaisen palvelujen yhdenvertaiselle ja oikeudenmukaiselle rahoitukselle myös valinnanvapauden näkökulmasta.

### 3.1 OULUN KAUPUNGIN RAHOITTAMAT VASTAANOTTOPALVELUT VUONNA 2012

Oulun kaupungin eri perusteilla rahoittamat perusterveydenhuollon vastaanottopalvelut on esitetty kuviossa 2. Oulun kaupunki (Hyvinvointipalvelut) järjestää terveydenhuoltolain mukaisesti vastaanottopalvelut terveysasemilla tasavertaisin perustein kaikille kuntalaisille. Vuonna 2012 terveysasemien vastaanottopalveluiden rahoitukseen käytettiin oman palvelutuotannon osalta noin 16,1 M€ ja yksityisen palveluntuottajan terveysaseman osalta 2 M€. Toisen asteen opiskelijoiden erilliseen keskitettyyn opiskeluterveydenhuoltoon käytettiin 1,2 M€. Oulun yliopiston opiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto on järjestetty YTHS:n kautta. Perusterveydenhuollon tasoiseen vastaanotto toimintaan on kohdistunut Oulun kaupungin avustusta noin 0,1 M€. Työnantajana Oulun kaupungin konsernipalvelut kustantaa työntekijöilleen työterveyshuollon sairaudenhoidon ennaltaehkäisevän työterveyshuollon lisäksi. Kaupungin työntekijöiden työterveyshuollon sairaudenhoitopalveluihin käytettiin vuonna 2012 noin 0,9 M€. Kustannuksiin on sisällytetty vain Oulun kaupungissa kirjoilla olevien asiakkaiden vastaanottopalvelut, ei ulkokuntalaisia. Työ- ja opiskeluterveydenhuollon kustannukset on kuviossa arvioitu oululaisten suhteellisella osuudella koko ao. palvelun kohdeväestön kustannuksista.

<sup>13</sup> Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 2/2014.



Kuvio 2. Oulun kaupungin omien kuntalaistensa lääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluihin kohdentama rahoitus vuonna 2012. Kustannusten jakautuminen on suuntaa antava, sillä erilaisen palveluvalikoiman vuoksi on opiskeluterveydenhuollossa mukana ennaltaehkäiseviä terveyspalveluita ja työterveyshuollossa sairaanhoitosopimuksen mukaisia erityispalveluita.

### 3.2 OULULAISTEN KÄYTTÄMIEN VASTAANOTTOPALVELUIDEN JULKINEN RAHOITTAMINEN VUONNA 2012

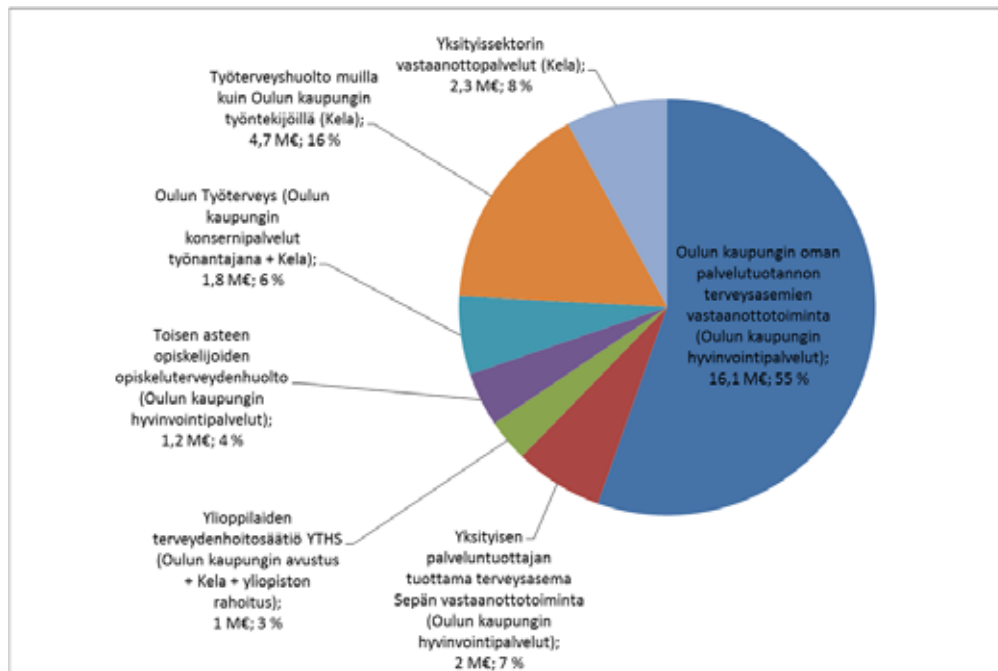
Kuvioon 3 on koottu raportissa kuvattujen julkisin varoin kokonaan tai osin korvattujen lääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluiden kustannuksia palvelumuodoittain ja -tuottajittain. Kuviossa pyritään ainoastaan hahmottamaan rahoituksen kokonaiskuvaa, eikä kustannuksia ole voitu laskea täysin vertailukelpoisesti. Oulun kaupungin ei ole ollut mahdollista saada yksityiskohtaista tietoa kuntalaistensa käyttämisestä työterveyshuollon tai yksityissektorin vastaanottopalveluista, mihin tarvittaisiin tiedot Kelalta ja/tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Tässä raportissa on esitetty arvioita näiden palvelumuotojen kokonaiskustannusten suuruusluokasta välillisten lähteiden perusteella.

Työnantaja saa työterveyshuollon järjestämiseen Kelasta korvausta kahden korvausluokan mukaisesti: Korvausluokkaan I kuuluvat lakisääteisen ehkäisevän toiminnan ja työntekijöiden työkykyä ylläpitävän toiminnan kustannukset, joita syntyy esim. työpaikkaselvityksistä, työpaikkakäynneistä, terveystarkastuksista ja ensiapuvalmiuden ylläpitämisestä. Korvausluokkaan II kuuluvat yleislääkäritasoisien sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon kustannukset.<sup>14</sup>

Yksityisen työterveyshuollon Kelan korvaamaa osuutta ei ole saatavissa, joten muun kuin Oulun Työterveyden tuottaman työterveyshuollon osuus on kuvioon merkitty arviona. Arvio perustuu Oulun hyvinvointikertomuksessa ilmoitettuun työllisten osuuteen väestöstä (42,9 %) ja Hujasen & Mikkolan (2013) esittämään vuoden 2009 korvausluokka II:n lääkärin (98,44 €/työntekijä) ja hoitajan (18,18 €/työntekijä) kustannusten keskiarvoon Pohjois-Pohjanmaalla. Kuviossa 3 esitetty rahoitusosuus on korjattu peruspalvelujen hintaindeksillä vuoden 2012 tasoon (107,92 €/lääkäri ja 19,93 €/hoitaja).

<sup>14</sup> [www.kela.fi](http://www.kela.fi)

Kelan tilastojen mukaan oululaiset maksoivat vuonna 2012 Kelan korvattavia yksityisten lääkäreiden palkkioita yhteensä noin 10,9 M€ Tästä Kelan asiakkaille palauttama korvaus-summa oli 2,3 M€<sup>15</sup>



Kuvio 3. Julkinen rahoitus (Oulun kaupunki ja Kela), joka kohdistuu oululaisten käyttämien lääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluihin vuonna 2012. Rahoittajataho on ilmoitettu suluissa palvelun tuottajatahon jälkeen. Kelan luvut ovat arvioita ja siten kustannusten jakautuminen on suuntaa antava. Asiakasmaksut ja muiden työnantajien kulut eivät sisälly lukuihin.

<sup>15</sup> Kelan tilastotietokanta Kelasto

## 4 VASTAANOTTOPALVELUIDEN VALINNANVAPAAUS OULUSSA

Tässä raportissa on aiemmin luvussa 2 kuvattu kansalaisten mahdollisuuksia käyttää valinnanvapautaan vastaanottopalveluissa. Kunnallisten julkisten terveysasemien lisäksi osalle väestöä päällekkäistä valinnanvapautta luo työterveyshuollon sairaanhoito, opiskeluterveydenhuolto sekä yksityinen terveydenhuolto.

Tässä raportissa käytetään valinnanvapauden toteutumisessa seuraavia määritelmiä:

- Aktiivinen ilmoittautuminen = kuntalainen on aktiivisesti jättänyt ilmoituksen siitä, millä julkisella terveysasemalla haluaa asioida. Ilmoitettu terveysasema on joko voinut olla kuntalaisen aiempi, esim. kotiosoitteen mukainen terveysasema tai uusi terveysasema, jonne hän on halunnut käyttää vaihto-oikeuttaan.
- Passiivinen ilmoittautuminen = kuntalainen ei ole itse ilmoittanut sitä terveysasemaa, millä haluaa asioida. Tällöin kunta on järjestäjätahona osoittanut asiakkaan yleensä kotiosoitteensa mukaiselle julkiselle terveysasemalle. Mikäli kuntalainen on muuttanut Oulun sisällä, on voimaan jäänyt aiemman osoitteen tai valinnan mukainen terveysasema, ellei kuntalainen ole aktiivisesti ilmoittanut vaihdosta. Yksityisen palveluntuottajan Sepän terveysaseman väestöpohja on määritelty kunnan toimesta (ks. myöhemmin).
- Vaihtaminen = kuntalainen on aktiivisesti ilmoittanut, että vaihtaa terveysasemaa toiseksi.

### 4.1 JULKISEN TERVEYSASEMAN VALINNANVAPAUDEN KÄYTTÖ OULUSSA

Oulun kaupungin järjestämisvastuun perusteella on kuntalaisilla käytettävissä 14 eri terveysasemaa. Näistä 13 on kaupungin oman palvelutuotannon terveysasemia ja yksi yksityisen palveluntuottajan tuottama Sepän terveysasema. Terveysasemien koko vaihtelee pienimmästä Yli-Iin noin 2 100 asukkaan terveysasemasta Tuiran yli 22 000 asukkaan terveysasemaan. Terveysasemien palveluvalikoimissa on eroja.

Terveysaseman valinnanvapaus mahdollistettiin Oulun kaupungin sisällä ja myös Oulun kaupungin ja Kiimingin kunnan välillä 1.5.2011 alkaen. Valinnanvapaus koski tuolloin yhteensä 11 eri terveysasemaa. Vuoden 2012 alussa laajeni valinnanvapaus koskemaan koko uuden Oulun kuntien (Haukipudas, Kiiminki, Oulu, Oulunsalo ja Yli-Ii) alueen 14 terveysasemaa. Kokemuksia valinnanvapauden toteutumisesta on esitetty aiemmassa hankeraportissa.<sup>16</sup>

Oulun kaupungin asukkaista yhteensä 18 prosenttia on aktiivisesti ilmoittanut terveysaseman valinnastaan ja 11 prosenttia on vaihtanut terveysasemaansa 1.5.2011–31.12.2013 välisenä aikana. Muun väestön on kunta järjestäjätahona kirjannut kotiosoitteen mukaisen terveysaseman asiakkaiksi ns. passiivisen ilmoittautumisella.

Terveysaseman valintaa koskevia ilmoituksia on tehty 1.5.2011–31.12.2013 välisenä aikana noin 39 000 (Taulukko 1). Luvussa on mukana ilmoituksia, jotka kuntalaiset ovat tehneet jo voimassaolevalle terveysasemalle haluamatta vaihtaa terveysasemaa. Terveysaseman vaihtoja on tehty yli 23 000. Kokonaisluvussa on mukana vastasyntyneitä ja ulkopaikkakunnilta muuttaneita, joilla ei ole ollut järjestelmään merkittyä aiempaa terveysasemaa. Taulukon lukuja tarkasteltaessa on syytä huomioda, valinnanvapaus on koskenut Yli-Iin, Oulunsalon ja Haukiputaan terveysasemia vasta vuoden 2012 alusta lukien.

<sup>16</sup> Paasovaara ym. 2012



Taulukko 1. Kuntalaisten tekemät terveysaseman valintaa koskevat ilmoitukset sekä niihin sisältyvät vaihdot ja poistumiset ajanjaksolla 1.5.2011–31.12.2013 (OukaDW).

Terveys- asema	Ilmoitusten määrä terveysasemille				Vaihtojen määrä terveysasemille				Poistumisten määrä terveysasemilta			
	2011	2012	2013	Yhteensä	2011	2012	2013	Yhteensä	2011	2012	2013	Yhteensä
Keskusta	1 746	1 010	2 589	5 345	1 382	783	1 503	3 668	443	532	977	1 952
Höyhtyä	627	666	1 758	3 051	255	377	878	1 510	567	596	705	1 868
Kontinkangas	900	582	977	2 459	464	343	602	1 409	431	520	610	1 561
Myllyoja	4 201	1 134	1 370	6 705	3 788	807	839	5 434	310	450	790	1 550
Tuira	2 164	1 136	1 650	4 950	1 453	719	905	3 077	773	898	1 456	3 127
Rajakylä	564	572	704	1 840	235	352	404	991	221	346	473	1 040
Kajonharju	900	1 052	1 188	3 140	403	566	592	1 561	289	453	624	1 366
Kaakkuri	787	1 203	1 381	3 371	405	602	674	1 681	229	325	489	1 043
Seppä	740	562	2 749	4 051	463	414	1 474	2 351	5 615	1 166	2 041	8 822
Kilminki	108	571	624	1 303	91	247	314	652	1	83	168	252
Ylikininki	134	149	86	369	29	51	33	113	89	92	103	284
Yli-Ii		18	23	41		11	12	23		16	25	41
Oulunsalo		361	504	865		147	204	351		43	116	159
Haukipudas		389	767	1 156		187	319	506		86	176	262
<b>Yhteensä</b>	<b>12 872</b>	<b>9 406</b>	<b>16 375</b>	<b>38 653</b>	<b>8 968</b>	<b>5 606</b>	<b>8 753</b>	<b>23 327</b>	<b>8 968</b>	<b>5 606</b>	<b>8 753</b>	<b>23 327</b>

Kuntalaiset ovat terveysaseman valinnan yhteydessä voineet halutessaan ilmoittaa kolme tärkeintä syytä terveysaseman valinnalle. Mahdollisina vaihdon syinä on sähköisessä ja paperille täytettävässä valintalomakkeessa tarjottu seuraavia tekijöitä:

- Tyytyväisyys palveluun, jota saa valitulta terveysasemalta
- Tyytymättömyys palveluun sillä terveysasemalla, josta vaihtaa toiselle
- Tuttava on suositellut valittua terveysasemaa
- Valitulla terveysasemalla on laaja palveluvalikoima
- Valitun terveysaseman henkilökunta on antanut hyvää palvelua
- Valittu terveysasema sijaitsee lähellä kotia
- Valittu terveysasema sijaitsee lähellä työpaikkaa
- Valitun terveysaseman sijainti sopii muuhun asiointisuuntaan
- Valitulle terveysasemalle on sopivat julkiset liikenneyhteydet
- Omalla autolla asiointi on helppoa valitulla terveysasemalla

Kyselyn perusteella valintaan on vaikuttanut eniten terveysaseman sijainti lähellä kotia (Taulukko 2). Vuoden 2013 aikana tyytyväisyys valitulta terveysasemalta saatuun palveluun on noussut aiempaa tärkeämmäksi valintaperusteeksi.

Taulukko 2. Kuntalaisten ilmoittamat syyt terveysaseman valinnoille ajanjaksolla 1.5.2011–31.12.2013 (OukaDW).

	2011	2012	2013
Tyytyväisyys	38 %	31 %	42 %
Tyytymättömyys aiempaan	12 %	8 %	6 %
Tuttava suositellut	3 %	5 %	5 %
Laaja palveluvalikoima	22 %	10 %	13 %
Henkilökunnan hyvä palvelu	19 %	11 %	19 %
Sijainti lähellä kotia	70 %	78 %	66 %
Sijainti lähellä työpaikkaa	9 %	8 %	8 %
Sopii muuhun asiointisuuntaan	20 %	16 %	15 %
Julkiset liikenneyhteydet	9 %	6 %	6 %
Omalla autolla asiointi helppoa	19 %	12 %	8 %
n	7 041	2 355	4 842

Kaikista terveysaseman vaihdoista vuosien 2011–2013 aikana yli 11 000 (lähes 50 %) on tehty joko Sepän terveysasemalle tai sieltä pois. Järjestäjän toimesta tehdyt Sepän terveysaseman väestöpohjan muutokset on otettava huomioon, kun tulkitaan valinnanvapauden käyttöä Oulussa. Väestöpohjan ”pakotettujen” muutosten vuoksi tulokset määristä tai vaihtojen syistä eivät ole välttämättä yksiselitteisesti yleistettävissä muihin kaupunkeihin, tilanteisiin tai kokemuksiin yksityisestä palveluntuottajasta.

Yksityisen palveluntuottajan Sepän terveysaseman väestö koottiin aikanaan ennen valinnanvapausmahdollisuutta elokuussa 2009 alueilta, jotka olivat kärsineet väestövastuulääkärijärjestelmän aikana pahiten lääkäripulasta. Tämä johti siihen, että väestön asiointimatka Sepän terveysasemalle oli Tuiran ja Myllyojan kaupunginosien asukkailla useita kilometrejä pidempi kuin olisi ollut lähimmille oman palvelutuotannon terveysasemille. Tämä näkyi valinnanvapauden voimaantultua halukkuutena vaihtaa terveysasemaa lähemmäs kotoa.



Kartta: Sepän terveysaseman vuosina 2009–2011 voimassa ollut väestöalue (punainen vaakaviivitus) ja kesästä 2013 alkaen voimassa ollut väestöalue (sininen pystyviivitus).

Uuden sopimuskauden alussa Sepän terveysaseman väestöalue koottiin alueelta, jolla on lyhyehköllä etäisyydellä (3 km säteellä toisistaan) kolme eri terveysasemaa – Keskusta, Seppä ja Höyhtyä. Toisaalta Tuiran ja Myllyojan alueen asukkaat siirrettiin kotiosoitteen mukaan lähemmille terveysasemille. Väestöpohjan vaihtuessa toteutettiin kuntalaisten osoittaminen uusiin terveysasemiin kaupungin toimesta vastaten passiivista ilmoittautumista. Kuntalaisille informoitiin asiasta kirjeitse ja mahdollistettiin aktiivinen terveysaseman valinta. Tässä vaiheessa väestö osin käytti vaihto-oikeuttaan ristiin valiten sen terveysaseman, jolla oli aiemmin asoinut. Väestöstä reilut 1 000 henkilöä (18 % kaikista vaihtajista) ilmoitti kesä-joulukuun 2013 aikana vaihtavansa takaisin Sepän terveysasemalle. Sepän uuden väestöpohjan asukkaista niin ikään reilu 1 000 henkilöä ilmoitti kesä-joulukuun 2013 aikana vaihtavansa takaisin entiselle oman palvelutuotannon terveysasemalleen.

Oulun kaupungin havaintojen mukaan vuosittain n. 10 prosenttia kuntalaisista aktiivisesti ilmoittaa valitsemastaan terveysasemasta. On otettava huomioon, että aktiiviset ilmoittajat pitävät sisällään syntyvät lapset sekä Ouluun muuttaneet, siltä osin kuin ovat valinnasta ilmoittaneet. Lisäksi on otettava huomioon, että muuttaessa Oulun sisällä, on halutessaan vaihdettava uuden kotiosoitteen mukaiselle terveysasemalle, muuten aiempi asema jää voimaan.

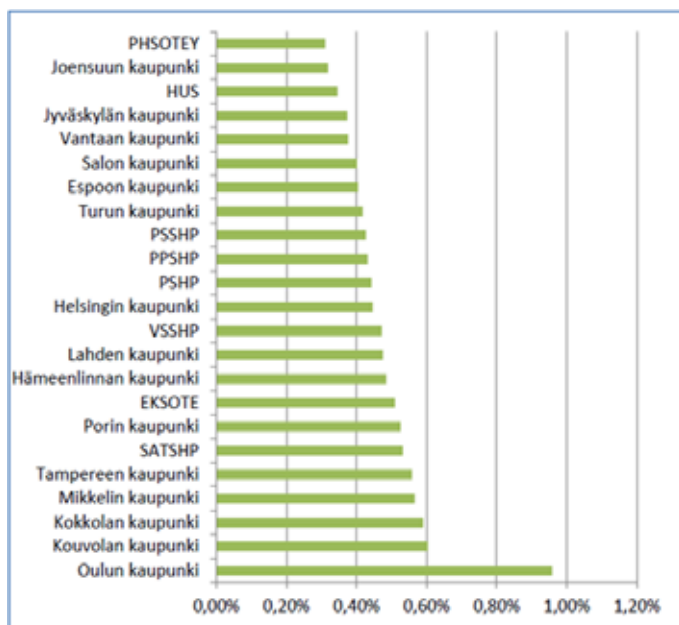
Oululaisten tekemien valintojen perusteella terveysaseman sijainnilla on huomattava merkitys. Sijaintisyyden korostumiseen voi olla osuutta yksityisen palveluntuottajan kilpailutukseen liittyvillä tekijöillä. Tyytyväisyyden ja hoitosuhteiden jatkuvuuden merkitys voi kasvaa, jos valittavana on kohtuullisella etäisyydellä useampi terveysasema.

Valtakunnallisena ongelmana on pidetty sitä, että valinnanvapaudesta huolimatta kunnissa ei kuitenkaan ole todellisia valinnan vaihtoehtoja, toisistaan erottuvia terveysasemia. Järjestäjä tarjoaa vielä nykyisin kuntalaisten valinnan pohjaksi käytännössä vain eri terveysasemien saatavuusajat. Sen sijaan laatuun tai asiakastyytyväisyyteen liittyviä tekijöitä ei systemaattisesti ole kuntalaisen valinnanvapauden pohjaksi tarjolla.

## 4.2 TYÖTERVEYSHUOLLON SAIRAANHOITO, OPISELUTERVEYDENHUOLTO JA YKSITYINEN TERVEYDENHUOLTO OSANA VALINNANVAPAUTTA OULUSSA

Oulun Työterveys on Oulun kaupungin oma liikelaitos, joka tuottaa Oulun kaupungin henkilöstölle lakisääteisen työterveyshuollon lisäksi varsin laajasti sairaanhoidon palveluita. Lisäksi Oulun Työterveys tarjoaa yrityksille ja yrittäjille ennaltaehkäisevän työterveyshuollon palveluita.

Oulun kaupunki on panostanut työterveyshuoltoon paljon verrattuna muihin kuntiin ja sairaanhoitopiireihin (Kuvio 4).



Kuvio 4. Työterveyshuollon kustannukset kuntaorganisaatioiden palkkasummasta vuonna 2010 (Keva: Lisbeth Forsman-Grönholm ja Risto Kaartinen).

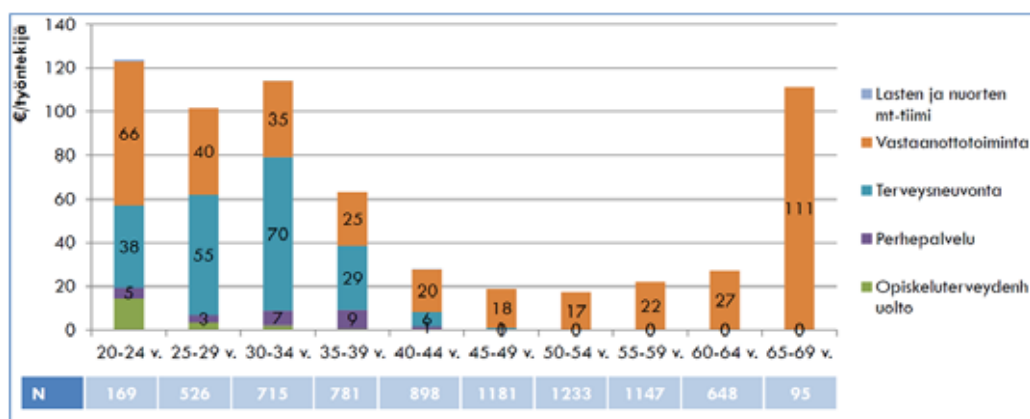
Oulun Työterveyden sairaanhoitopalvelut sisältävät lääkärin ja hoitajien vastaanottopalveluiden lisäksi osin mahdollisuuden myös erikoislääkärikonsultaatioihin ja erityistutkimuksiin. Täten palvelun sisältö ei ole täysin verrannollinen terveysaseman lääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluille, joita tässä raportissa on käsitelty.

Oulun kaupungilla ei ole saatavissa suoraan tietoa siitä, miten oululaiset Oulun kaupungin työntekijät ovat käyttäneet valinnanvapauttaan suhteessa julkiseen terveysasemaan ja työterveyshuollon sairaanhoitoon. Nykyisen lainsäädännön puitteissa ei ole mahdollisuutta analysoida henkilötasolla, ovatko työntekijät käyttäneet rinnakkain sekä työterveyshuollon sairaanhoitopalveluita että terveysaseman palveluita.

Vuonna 2011 Oulun Työterveys halusi selvittää oman sairaanhoitonsa vaikuttavuutta ja suhdetta julkisten terveysasemien palvelunkäyttöön. Nordic Healthcare Groupin (NHG) tekemän selvityksen perusteella voidaan välillisesti päätellä työterveyshuollon sairaanhoidon ja terveysaseman vastaanottopalveluiden rinnakkaiskäyttöä. Selvityksen mukaan oululaiset Oulun Työterveyden asiakkaat käyttivät vuonna 2011 myös perusterveydenhuollon vastaanottopalveluita, mutta vähemmän kuin muut vastaavanimäiset oululaiset. Taulukossa näkyvällä terveysneuvonnalla tarkoitetaan äitiys- ja lastenneuvolaa, jotka eivät sisälly työterveyshuollon sairaanhoitosopimukseen. Taulukosta selviää myös, että osa oululaisista Oulun kaupungin työntekijöistä pystyi käyttämään sekä Oulun työterveyden, opiskeluterveyshuollon että julkisen terveysaseman palveluita.

Ikäryhmissä 35–59 vuotta kaupungin terveysasemalla käytettyjen lääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluiden kustannus oli noin 20 euroa Oulun Työterveyden palveluihin oikeutettua kaupungin työntekijää kohden (Kuvio 5). Samanaikaisesti kaupunki kohdensi omaan palvelutuotantoonsa vastaanottotoiminnan kapitaatiokorvauksena 92,12 euroa terveysasemalle listautunutta samanikäistä kansalaista kohden.

Muiden tuottajien tuottaman työterveyshuollon sairaanhoidon käyttöä osana vastaanottopalveluiden valinnanvapautta ei ole käytettävissä lainkaan tietoa.



Kuvio 5. Avoterveydenhuollon kustannukset Oulun Työterveyden palveluihin oikeutettua kaupungin työntekijää kohti vuonna 2011 (Oulun Työterveys – Hoitoketjuanalyysi, NHG, loppuraportti 3.5.2012).

Opiskeluterveydenhuollossa asioivien opiskelijoiden osalta ei Oulun kaupungilla ole saatavilla tarkkaa tietoa annetun palvelun sisällöstä. Osa opiskeluterveydenhuollosta on ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa eikä siten ole katsottavissa rinnakkaiseksi vastaanottopalveluille – ei kaupungin omassa opiskeluterveydenhuollossa eikä YTHS:ssä. Toisaalta osa näissä yksiköissä annettavista sairaanhoitopalveluista on suoraan rinnastettavissa terveysasemien vastaanottopalveluun.

Oulun kaupungin opiskeluterveydenhuolto palvelee ammattikorkeakoulujen, ammatillisten oppilaitosten ja ammatillista aikuiskoulutusta tarjoavien oppilaitosten opiskelijoita. Opiskeluterveydenhuolto järjestää asiakkailleen terveystarkastuksia sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvää palvelua. Sairaanhoitoa järjestetään ulkopaikkakuntalaisille opiskelijoille. Oululaisille opiskelijoille sairaanhoito järjestetään pääsääntöisesti terveysasemilta. Oulun alueen opiskeluterveydenhuollon piirissä oli vuonna 2012 yhteensä 14 500 opiskelijaa. Heistä noin 10 500 henkilöä eli 72 prosenttia käytti opiskeluterveydenhuollon palveluita. Palveluiden käyttäjistä noin 80 prosenttia oli oululaisia. Opiskelijoista 44 prosenttia käytti opiskeluterveydenhuollon sairaanhoidon palveluita.

Oulun yliopiston opiskelijoista kotikunnaltaan oululaisia on syksyn 2013 tilanteen mukaan noin 9 000. Oulun YTHS:n toimipisteen opiskelijoista noin 47,9 prosenttia käytti yleisterveyden palveluja vuonna 2012. Käyntejä lääkärillä tai hoitajalla oli keskimäärin 2,9 asiakasta kohti.

Opiskelijat lasketaan kuuluvaksi myös kotiosoitteensa mukaisen terveysasemien väestöpohjaan, vaikka he käyttäisivätkin tosiasiaa vain opiskeluterveydenhuollon tai YTHS:n palveluita. Rinnakkaiskäytön vuoksi on mahdollista, että kunta ohjaa resursseja todellista tarvetta enemmän niille terveysasemille, joiden alueella asuu suhteessa paljon opiskelijoita.

Yksityisen terveydenhuollon yleis- ja erikoislääkäripalveluiden käytöstä julkisten terveysasemien vastaanottopalveluiden vaihtoehtona tai niille rinnakkain ei Oulun kaupungilla ole saatavissa mitään suoraa tietoa. Näiden palveluiden kohdentumista henkilö- tai sairauskohtaisesti ei ole siten ollut mahdollista analysoida.

## 5 VASTAANOTTOPALVELUIDEN VALINNANVAPAAUSJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMISTARPEET OULUSSA

Oulun kaupungissa on toteutettu vuoden 2013 alusta merkittävä monikuntaliitos (Haukipudas, Kiiminki, Oulu, Oulunsalo, Yli-Ii), jonka tuloksena Oulu on väestömäärältään Suomen viidenneksi suurin kunta. Asukkaita oli vuoden 2013 lopussa noin 194 000. Yhdistymissopimuksessa, palvelujen järjestämishjelmassa ja Palvelumalli 2020 (kaupunginvaltuusto 27.5.2013) on nostettu periaatteet ja toimintatavat palvelujen kehittämiseksi uuden Oulun rakentamisessa.

Palvelumalli 2020 linjaukset vaikuttavat myös perusterveydenhuollon vastaanottopalveluiden toimintaan. Jo vuoden 2013 talousarvion käsittelyn yhteydessä Oulun kaupunginvaltuusto päätti, että valmistellaan listautumismallin mukainen avoterveydenhuollon palvelujen järjestäminen monituottajamallilla sisältäen selvityksen oman itsenäisen terveysaseman tuotantoyksikkökokeilun järjestämisestä.

Palvelumalli 2020 linjauksen mukaan osa nykyisistä 14 terveyskeskuksesta muutetaan laaja-alaisiksi hyvinvointikeskuksiksi, jota täydentävät hyvinvointipisteet. Oulun kaupunginvaltuuston (27.5.2013) päätöksen mukaisesti palveluverkkosuunnittelun lähtökohtana on seitsemän hyvinvointikeskusta, joita täydentävät hyvinvointipisteet. Kiimingin hyvinvointikeskus ja sen alaisena Yli-Iin ja Ylikiimingin hyvinvointipisteet aloittavat ensimmäisenä 1.3.2014 alkaen (kaupunginvaltuusto 2.12.2013). Kiimingin hyvinvointikeskus toteutetaan oman tuotannon itsenäisenä tuotantoyksikkönä. Pilotti sisältää alkuvaiheessa erityisesti perinteisiä sosiaali- ja terveyspalveluita, mutta tiivistyvää yhteistyötä tehdään muiden toimialojen ja tahojen kanssa. Yli-Iin, Ylikiimingin, Höyhtyän ja Oulunsalon hyvinvointipisteissä on asiakaslähtöisesti saatavilla perustason neuvola- ja lääkäripalvelut.

### 5.1 OULULAINEN HYVINVOINTIKESKUSMALLI

*Hyvinvointikeskukset kuvaavat alueen palveluiden uutta toimintamallia ja yhteistyötä.*

*Mallin tavoitteena on siirtää asiakaslähtöisesti palveluiden painopistettä ennaltaehkäiseviin, kotona annettaviin ja kevyempiin palveluihin.*

*Hyvinvointikeskusten toimintamalli mahdollistaa paljon erilaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden monipuolisen ja koordinoitun palveluohjauksen.*

*Hyvinvointipisteitä on erilaisia ja niiden palvelusisältö vaihtelee alueen asiakastarpeiden ja etäisyyksien mukaisesti.*

*Kuntalaisten hyvinvointi rakentuu hyvinvointipalveluiden lisäksi merkittävilta osin myös muiden kuntasektoreiden palveluiden sekä muiden toimijoiden palvelujen varaan.*

Palvelumalli 2020 linjausten mukaisesti hyvinvointikeskukset kuvaavat alueen palveluiden uutta toimintamallia ja yhteistyötä Oulussa. Tavoitteena on siirtää asiakaslähtöisesti palveluiden painopistettä ennaltaehkäiseviin, kotona annettaviin ja kevyempiin palveluihin sekä vaikuttavuuden, laadun parantaminen ja tuottavuuden lisääminen uusia palvelukonsepteja ja monialaista yhteistyötä hyödyntäen. Taloudellisena tavoitteena on asukaskohtaisten kustannusten kääntyminen laskuun. Tärkeänä toiminta-ajatuksena pyritään luomaan hyvinvointikeskuksen poikkitoiminnallinen väestövastuuperiaate. Tämä tukee asiakaslähtöisyyttä ja mahdollistaa kuntalaiselle yhden luokun periaatteen paremman toteutumisen. Kuntalaisten hyvinvointi rakentuu hyvinvointipalveluiden lisäksi merkittävilta osin myös muiden kuntasektoreiden



palveluiden (sivistys- ja kulttuuripalveluiden, yhdyskunta- ja ympäristöpalveluiden) sekä muiden toimijoiden (kolmas sektori, valtio, yksityinen sektori) palvelujen varaan.

Palveluiden vaikuttavuuden paranemista odotetaan erityisesti paljon erilaisia ja osin poik-  
kihallinnollisia palveluita tarvitsevien asiakkaiden ja perheiden kohdalla. Oulussa tehdyn  
tutkimuksen mukaan 10 prosenttia väestöstä aiheuttaa 81 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuol-  
lon kokonaiskustannuksista<sup>17</sup>. Näiden asiakkaiden suunnitelmallisella ja tehokkaalla palvelu-  
kokonaisuudella sekä vastuutyöntekijällä voidaan saavuttaa sekä kokonaistaloudellisuus että  
parempi palvelu asiakkaan näkökulmasta. Kokeilun avulla pyritään löytämään tarkoituksen-  
mukaiset palvelumuodot ja toimintamallit erityyppisille asiakasryhmille pelkän standardipal-  
velun sijaan (vrt. asiakassegmentointi).

Hyvinvointikeskuksissa perus- ja erityistason terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen am-  
mattilaiset ja muut toimijat toimivat yhteistyössä vastaten laaja-alaisesti ennaltaehkäisevästä  
työstä, varhaisen tuen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluista. Hyvinvointikeskuk-  
sissa huomioidaan alueen asukkaiden erityistarpeita ja kehitetään erityyppistä yhteyden ja  
ohjauksen saannin parantamista. Keskukset edistävät sähköisten palvelujen käyttömahdolli-  
suuksia palvelujen toteuttamisessa ja toimivat tukikohtina muun muassa liikkuville erityisasi-  
antuntijoille ja esimerkiksi matalan kynnyksen palveluille. Hyvinvointikeskuksissa pidennet-  
tään palvelujen aukioloaikoja asiakaslähtöisyyden parantamiseksi sekä toimitilojen tehok-  
kaamman käytön mahdollistamiseksi.

Hyvinvointikeskusten toimintamalli mahdollistaa paljon erilaisia palveluja tarvitsevien  
asiakkaiden monipuolisen ja koordinoitun palveluohjauksen. Näille asiakkaille nimetään  
vastuutyöntekijä tai asiakasvastaava, joka huolehtii yksilöllisesti asiakkaan palvelukokonai-  
suudesta hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti.

Hyvinvointipisteellä tarkoitetaan keskusta kevyempää toimipistettä, jossa asiakkaille voi  
olla tarjolla useita eri kunta- ja hyvinvoinnin palveluita ja myös muiden toimijoiden palveluja.  
Hyvinvointipisteitä on erilaisia ja niiden palvelusisältö vaihtelee alueen asiakastarpeiden ja  
etäisyyksien mukaisesti. Hyvinvointipisteet tukeutuvat alueen hyvinvointikeskuksiin. Hyvin-  
vointipisteiden sijainnin määrittelyssä hyödynnetään alueen muita toimijoita, muun muassa  
asukastupia.



Hyvinvointikeskusmallin palveluiden suunnittelussa on hyödynnetty sosiaali- ja terveys-  
ministeriön (30.12.2013) kansalaisen lähipalvelut ja keskitetyt palvelut -jaottelua (kuvio 6).

<sup>17</sup> Leskelä ym. 2013



Kuvio 6. Hyvinvointipalvelujen jaottelu hyvinvointikeskusmallissa.

Kuntalaisten omatoimisuutta, omavastuuta ja toimintakykyä tuetaan kotona ja arkiympäristössä tarjottavilla palveluilla. Näitä palveluita ovat muun muassa kotiin tuotava perhepalvelu ja lastensuojelu, kouluissa ja päiväkodeissa tarjottavat palvelut muun muassa kouluterveydenhuolto, oppilashuolto, kotiin tuotavat aikuisten ja ikäihmisten palvelut (kotihoito, asumisen ohjaus, henkilökohtainen apu, omaishoito) ja sähköiset palvelut.

Hyvinvointipisteen lähipalveluita tarjotaan väestölle sekä alueen hyvinvointipisteissä että hyvinvointikeskuksissa. Hyvinvointipisteessä tarjotaan lähipalveluita, joita tarvitaan usein ja matalalla kynnyksellä. Osa palveluista voidaan kohdentaa erityisesti niille asiakasryhmille, jotka tarvitsevat palvelut lähipalveluna tiheän asiointitarpeen tai liikkumisongelmien vuoksi. Hyvinvointipisteen palveluita ovat muun muassa kattavat sähköiset palvelut, kohdennetut hoitajan ja lääkärin vastaanotot ja neuvolat, vastuutyöntekijä, joka toteuttaa hoito- ja palvelusuunnitelmaa, suun terveydenhuollon liikkuva työ sekä ikäihmisten palveluiden ja aikuissosiaalityön ohjaus ja neuvonta. Hyvinvointipisteissä voidaan hyödyntää muun muassa etäyhteyksiä asiakkaiden ja ammattilaisten välillä (etävastaanotot, konsultaatiot).

Hyvinvointikeskus kattaa alueen poikkihallinnollisen ja moniammatillisen palveluvalikoiman. Hyvinvointikeskus kuvaa alueen palveluiden keskittymää ja keskinäistä yhteistyötä – ei yhtä fyysistä rakennusta. Asiakkaan hoito- ja palvelukokonaisuus koordinoidaan pääasiassa hyvinvointikeskuksissa, vaikka osa palveluista toteutettaisiin kotona tai lähipalveluna hyvinvointipisteessä. Hyvinvointikeskukset ovat tarkoituksenmukaisin asiointipaikka niille, jotka tarvitsevat palveluita satunnaisesti tai harvoin. Hyvinvointikeskuksen palveluvalikoimaan kuuluvat muun muassa kattavat perustason lääkäri- ja hoitajavastaanottopalvelut, perustason mielenterveys- ja päihdepalvelut, lääkinnällisen kuntoutuksen peruspalvelut, suun perusterveydenhuolto, jalkautuvalla toimintatavalla tai etäkonsultaatioina toteutuva erityispalvelu ja erikoissairaanhoito, ikäihmisten ja erityisryhmien palveluohjaus ja kattava aikuissosiaalityö, ohjaus ja neuvonta, taloudellinen tuki.

Keskittetyt yhteiset palvelut tarjotaan kaikille oululaisille yhdestä tai harvasta toimipisteestä. Näitä ovat muun muassa sairaalahoito, lyhyt- ja pitkäaikainen laitoshoido, pääosin erikoissairaanhoito ja erityisiltoja, -tiimiä tai -laitteita vaativat palvelut, keskitetty 24/7 päivystys ja lastenkodit.

Hyvinvointikeskusmallissa pidetään erityisen merkittävänä elämänsäkaaren mukaisia hoito- ja palveluketjuja poikkihallinnollisesti kuvaavien mittareiden (lasten ja nuorten raskaimmat palvelut, mielenterveys- ja päihdepalvelut, ikäihmisten hoitoketju) luomista ja kehittämistä. Näillä mittareilla saadaan arvioitua kokonaistaloudellisuus ja vaikuttavuus yksittäisiä suorite- tai saatavuusmittareita tai pelkkää hyvinvointikeskuksen toimintaa kuvaavia mittareita paremmin. Asiakkaan hoitoon ja palveluun liittyvän tiedon siirtymistä eri toimijoiden kesken pyritään varmistamaan ja helpottamaan. Oulun kaupunki on juuri hakenut Valtiovarainministeriön kuntakokeiluun, jossa pyrittäisiin hakemaan mahdollisuuksia yhdistää eri rekisterien ja viranomaisten tieto sekä taloushallinnollisesti että asiakassuhteessa.



## 5.2 VALINNANVAPAAUS OULULAISESSA HYVINVOINTIKESKUSMALLISSA

*Valinnanvapauden sisältöä tulisi lainsäädännöllä määritellä tarkemmin, jotta se olisi selvä kehitettäessä laaja-alaisten hyvinvointikeskusten mallia.*

*Valinnanvapaus tulisi lainsäädännöllä laajentaa koskemaan myös läheisesti terveysaseman palveluihin liittyviä sosiaalipalveluita.*

Palvelumalli 2020 linjaukset sisältävät kannanoton, jonka mukaisesti monituottajuutta hyödynnetään avoterveydenhuollon lääkärin ja hoitajan vastaanoton palvelujen järjestämisessä. Kaupungin talousarviossa 2014 on mainittu, että lääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluiden listautumismalli valmistellaan osana Valo-hanketta ja tuodaan erikseen päätettäväksi. Valo-hankkeen valmistelutyössä esiin nousseita seikkoja kuvataan tässä raportissa kohdassa 6.4.

Nykyisistä Oulun 14 terveysasemasta edustaa yksityisen palveluntuottajan Sepän terveysasema palveluvalikoimaltaan kapeaa terveysasemaa, jossa on vain lääkärin ja hoitajan vastaanottopalvelut. Sepän terveysaseman rooli edellä kuvatussa hyvinvointikeskus ja -piste mallissa on määrittelemättä. Kilpailutettu palveluvalikoima ei sisällä hyvinvointikeskuksen laaja-alaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Toisaalta nykyisen Sepän terveysaseman vastaanottopalvelut eivät ole kohdennettuja vain tietyille (usein/paljon palveluita tarvitsevalle) asiakasryhmälle, kuten hyvinvointipisteissä. Sepän terveysasema onkin tulkittu terveysasemaksi, johon kansalainen voi kohdistaa Terveystieteiden ja terveydenhuollon lain 47 §:n mukaisen valintansa. Aseman valinneille on osoitettu muun muassa suun terveydenhuollon ja neuvolan palvelut muulta julkiselta terveysasemalta ja erityispalvelut kaupungin keskitetyistä erityispalveluista. Näin ollen jatkossakin tultaneen tulkitsemaan, että mahdolliset uudet pelkkiä vastaanottopalveluita tuottavat yksiköt kuuluisivat valinnanvapauden piiriin olettaen, ettei niiden palveluita ole kohdistettu vain osalle väestöä.

Valinnanvapauden sisältöä tulisi lainsäädännöllä määritellä tarkemmin, jotta se olisi selvä kehitettäessä laaja-alaisten hyvinvointikeskusten tai muuta vastaavaa mallia. Jotta valinnanvapaus ei heikentäisi asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa ja palvelua, tulisi valinnanvapaus lainsäädännöllä laajentaa koskemaan myös läheisesti terveysaseman palveluihin liittyviä sosiaalipalveluita. Tällöin valinnanvapaus voisi siis kohdistua vain yhteen hyvinvointikeskukseen. Jos hyvinvointikeskuksen alueella toimii kuitenkin esimerkiksi erillinen vastaanottoa tarjoava hyvinvointipiste, kuntalainen voisi tehdä pelkästään vastaanottopalveluita koskevan erillisen valinnan joko hyvinvointikeskukseen tai -vastaanottopalvelupisteeseen.

Hyvinvointikeskuksilla haetaan moniammatillista ja poikkihallinnollista kattavaa palvelumallia, jolla kyetään vaikuttamaan erityisesti paljon erilaisia palveluita tarvitsevien asiakkaiden ja perheiden kokonaisuuteen. Hyvinvointikeskukset tulevat toimimaan alueensa hyvinvointipisteiden ja edellä kuvatussa perusteella myös alueellaan olevien lääkärin ja hoitajan vastaanottopisteiden tukena. Kukin vastaanottotoimipiste tukeutuu siis alueen hyvinvointikeskukseen, mikäli valinnut väestö tarvitsee laaja-alaisempia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Jotta asiakkaan palvelukokonaisuus pysyy ehjänä ja vaikuttavana, on löydettävä velvoitteet vastaanottopalveluiden tuottajan ohjaamiseksi kattavaan yhteistyöhön hyvinvointikeskuksen toiminnan kanssa. Toisaalta hyvinvointikeskuksen antama tuki mahdollistaa sen, että vastaanottopalveluiden tuottajan ei tarvitse olla koko sosiaali- ja terveydenhuollon eri sektoreiden asiantuntija.

## 6 OULUN KAUPUNGIN KOKEMUKSIA VASTAANOTTOPALVELUIDEN RAHOITTAMISESTA JA SOPIMUSOHJAUKSESTA

Tässä luvussa kuvataan Oulun kaupungin kokemuksia julkisen terveysaseman vastaanottopalveluiden tuottamisen kustannuksiin vaikuttavista seikoista, joita ovat muun muassa terveysaseman väestön ikärakenne, terveysaseman toimintamallit, peittävyys ja muiden rinnakkaisten palveluiden käyttö. Tavoitteena on ollut löytää tekijöitä, jotka ohjaisivat vastaanottopalveluiden oikeudenmukaista rahoittamista eri terveysasemien ja tuottajien kesken monikanavaisessa rahoitusjärjestelmässä. Lisäksi on käsitelty peruskunnan näkökulmasta työterveyshuollon ja opiskeluterveydenhuollon (YTHS) rahoittamiseen liittyviä kokemuksia.

### 6.1 OULUN KAUPUNGIN OMAN PALVELUTUOTANNON VASTAANOTTOPALVELUN SOPIMUSOHJAUS

Vuosina 2007–2012 käytettiin Oulussa tilaajan/järjestäjän ja oman palvelutuotannon välisessä sopimusohjauksessa tuotteistukseen perustuvaa mallia, jossa sisäinen laskutus perustui kokonaan asiakkaiden käyttämien palveluiden/tuotteiden määrään. Paljon voimavaroja käytettiin tuotteistuksen ja suoritteiden hintojen kuvaamiseen. Tuotteistamisen tavoitteita olivat muun muassa kustannustietoisuuden paraneminen sekä vertailtavuus yksityiseen palvelutuotantoon, mihin osin päästiin. Kääntöpuolena tilaaja-tuottajamallissa huomio keskittyi yksittäisiin tuotteisiin kokonaiskuvan ja -vastuun sekä vaikuttavuuden sijaan.

Vuonna 2013 siirryttiin vastaanottopalveluissa kokonaisvaltaiseen palveluun paremmin kannustavaan kapitaatiomalliin muun muassa Ruotsin kokemusten pohjalta. Tuottajan saama korvaus perustuu listautuneen väestön määrään. Ajatuksena on, että tasaisempi ja yksittäisistä suoritteista riippumaton tulovirta kannustaa palveluntuotannossa toiminnan ja vaikuttavuuden kehittämiseen.

Tässä kappaleessa kuvataan kapitaatiomallin toteutusta ja arvioidaan kapitaatiokorvauksen vaikuttavia tekijöitä, joiden huomioiminen mahdollistaisi oikeudenmukaisen korvauksen erityyppisille väestöille ja palveluntarpeelle.

Terveysasemien toimintaa ohjattiin Oulussa vuonna 2013 sopimuksella, joka valinnanvapauden kohteena olevien palveluiden osalta perustuu kapitaatiohintaan. Sopimukseen liittyi laatuliite, jossa oli määritelty tavoitteet palveluiden saatavuudelle, asiakastyytyväisyydelle sekä mittareita hoito- ja palveluprosessien toimivuudelle.

Kapitaatioperusteinen korvaus maksettiin terveysasemille kerran kuukaudessa listautuneen väestömäärän perusteella. Kapitaatiohinnat laskettiin erikseen vastaanotolle, neuvolatoiminnalle ja suun terveydenhuollolle. Ikäluokkakohtaiset kapitaatiokertoimet ja -hinnat tarkistetaan vuosittain seuraavan vuoden hinnan määrittelyä varten. Vuoden 2013 vastaanoton kapitaatiohinnat olivat taulukon 3 mukaiset.

Taulukko 3. Vastaanoton kapitaatiokertoimet ja vuosihinnat ikäryhmittäin omassa palvelutuotannossa vuonna 2013.

2013	0–6 v.	7–64 v.	65–74 v.	75–84 v.	85– v.	K.a.
kerroin	1,20	0,73	2,12	2,73	2,71	1
hinta (€)	151,43	92,12	267,52	344,56	341,97	126,19

Kapitaatiohinnat määriteltiin Oulussa ensimmäisen kerran vuonna 2011 Oulun ja Kiimin-  
gin välisiä terveysaseman vaihtoja varten. Muuttujaksi päätettiin ottaa pelkästään ikäryhmitte-  
ly muun muassa Ruotsissa raportoituihin kokemuksiin perustuen. Ikäryhmät jaettiin valtion-  
osuusjärjestelmän mukaisiin luokkiin.

Kapitaatiokustannuksiin sisältyvät kaikki vastaanottopalveluiden kulut: henkilöstö, hoi-  
doissa käytettävät lääkkeet, hoitotarvikkeet, lääkintälaitteet ja kalusto. Kapitaatiohinta sisältää  
myös laboratorio-, kuvantamis-, atk- ja puhelinkulut sekä oman palvelutuotannon hallinnon.  
Kapitaatioon ei sisälly kuluja niistä päivystyspotilaista, jotka virka-aikana hoidetaan keskite-  
tyssä päivystyspisteessä (OSYP). Näitä ovat kuvantamista tai kipsausta vaativat traumapotilaat  
sekä ambulanssilla terveysasemille hakeutumassa olevat potilaat. Kapitaatioon ei myöskään  
sisälly esimerkiksi kiireellinen hoito muissa kunnissa, seulonnat tai kuntoutus. Erityisen kalliit  
tutkimukset (kuten MRI) tai kalliit lääkkeet on korvattu erikseen. Tilavuokrat ja kalusto- tai  
tietojärjestelmäinvestoinnit eivät sisälly oman palvelutuotannon kapitaatioon, koska Oulussa  
tilat ovat järjestäjän kustantamat. Yksityisen palveluntuottajan terveysaseman sopimuksessa  
tilavuokrat ovat mukana, mikä on vertailuissa otettava huomioon.

Kapitaatiomalli haluttiin alkuvaiheessa pitää mahdollisimman yksinkertaisena, jotta mal-  
liin ei tahattomasti otettaisi toisiaan kumoavia tai tarpeettomia muuttujia. Kokemusten perus-  
teella ei kapitaatiokorvaus ole kaikilla terveysasemilla riittänyt kattamaan toiminnasta aiheu-  
tuneita kustannuksia. Toisaalta joidenkin terveysasemien saama korvaus on ollut ylimitoitettu  
suhteessa palveluiden käyttöön. Malli vaatii analysointia siitä, mitkä muuttujat ohjaisivat kapi-  
taatiokorvauksen oikeudenmukaisempaan jakamiseen terveysasemien välillä.

## 6.2 OULUN KAUPUNGIN SOPIMUSOHJAUS YKSITYISEN PALVELUNTUOTTAJAN TERVEYSASEMAPALVELULLE

Oulun kaupunki järjesti noin 21 000 asukkaan lääkärin ja hoitajan vastaanottopalvelut yksityi-  
sen palveluntuottajan Sepän terveysasemalle elokuussa 2009, kuten aiemmin on kuvattu. Se-  
pän terveysaseman sopimus on ollut alusta alkaen kapitaatioperusteinen. Kunnan oman tuo-  
tannon sopimuksesta poiketen kapitaatiota ei ole jaettu ikäryhmiin, vaan kapitaatiokorvaus on  
sama kaikenikäiselle listautuneelle väestölle.

Oulun kaupungin ja yksityisen palveluntuottajan väliseen sopimukseen sisältyy myös mer-  
kittävä kannustin. Kannustin perustuu mahdollisiin laskennallisiin kustannussäästöihin, joita  
syntyy, mikäli Sepän terveysaseman väestö aiheuttaa kustannusten vähäisemmän nousun ver-  
rattuna ikävakioituun muun Oulun väestöön. Analysoitavia kustannuksia ovat muun muassa  
erikoissairaanhoidon, yhteispäivystyksen, sairaalahoidon ja ikäihmisten laitoshoidon käyttö.  
Kannustimella on pyritty siihen, että palveluntuottaja ei osaoptimoiden keskity vain omaan  
sisäiseen toimintaansa, vaan pyrkii osaltaan kontrolloimaan väestönä raskaimpien palveluiden  
käyttöä. Kannustin on ehdollinen laatuliitteessä määritellyille seikoille (palveluiden saatavuus,  
asiakastytyväisyys sekä hoito- ja palveluprosessien toimivuus).

Esimerkiksi vuoden 2012 kannustinta laskettaessa kustannusmuutoksia verrattiin vuodesta  
2009 vuoteen 2012. Asukaskohtainen kustannus muissa sosiaali- ja terveyspalveluissa nousi

Sepän terveysaseman väestöllä 75 € (14 %) vähemmän kuin verrokkiväestöllä. Kannustin perustui palveluittain eriteltyyn prosenttiosuuteen kustannussäästöstä. Kannustimen summaksi muodostui 22,76 €/asukasta kohti. Sepän terveysasemalle maksettavaa kannustinta leikkasi 12 prosenttia kiireettömän hoidon tiukan saatavuuskriteerin toteutumattomuus. Lopullinen palkiosumma oli näin ollen 20 €/asukasta kohti.

Kokemukset Sepän terveysaseman sopimuksesta ovat myönteisiä, ja kannustin koetaan melko onnistuneeksi tavaksi ohjata toimintaa kokonaiskustannusten hallintaan. Sepän terveysasema on toimintamallillaan pystynyt ehkäisemään erityisesti erikoissairaanhoidon käyttöä ja näin laskennallisesti vähentänyt kaupungin maksettavaksi tulevia kustannuksia.

Sepän terveysaseman uudessa sopimuksessa kannustimeen laskettavien muiden sosiaali- ja terveyspalveluiden sisältöä on osin kapeutettu ja kannustimen ehtona olevat laatukriteerit on poistettu. Toiveena on, että kannustimeen vaikuttavat tekijät (erikoissairaanhoidon, yhteispäivystys, sairaalahoito) olisivat helpommin ja ajantasaisemmin seurattavissa. Samoin koetaan, että ko. sairaanhoitoon liittyvät tekijät ovat kiinteämmin yhteydessä palveluntuottajan toimintaan kuin esim. asumisen palvelut.

### 6.3 TUOTANTOKUSTANNUKSIIN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT VASTAANOTTOPALVELUISSA

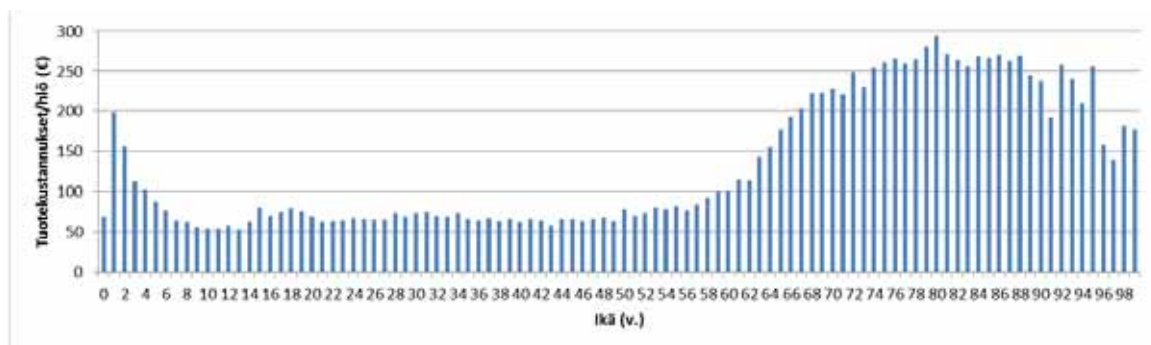
*Väestön ikärakenne ja sairastavuus lisäävät vastaanottopalveluiden tuotantokustannuksia.*

*Peittävyys ja rinnakkaisten vastaanottopalveluiden käyttö tulee ottaa huomioon oikeudenmukaisessa rahoittamisessa.*

*Terveysaseman toimintatavoilla ja henkilöstörakenteella on merkitystä kustannuksissa.*

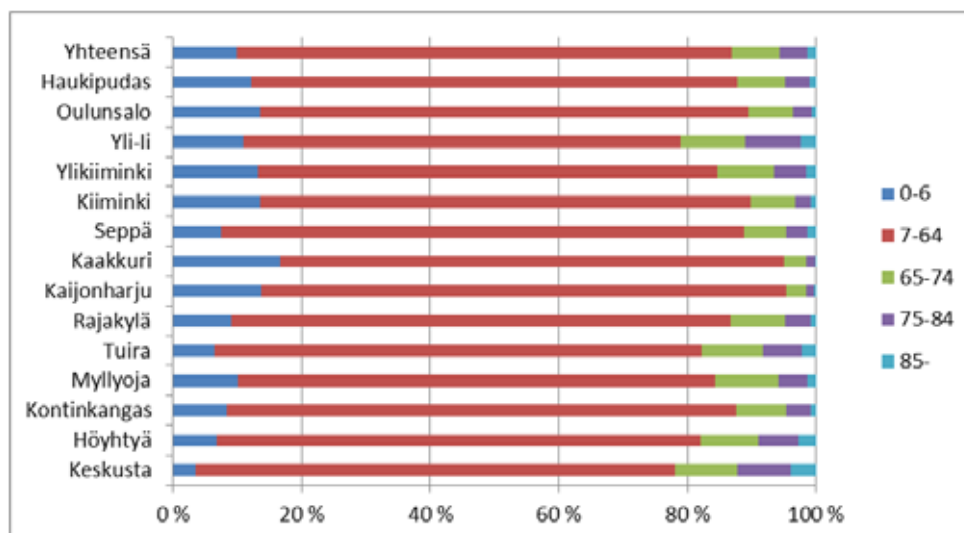
*Korkeat kustannukset eivät välttämättä takaa hyvää saatavuutta tai laatua.*

Vastaanoton ikäryhmittäiset kapitaatiohinnat ja -kertoimet perustuvat tuotehintoihin, jotka puolestaan muodostuvat aiemmassa sopimusohjauksessa käytössä olleille tuotteille (esim. lääkärikäynti) kohdistetuista kustannuksista (esim. palkat). Kuviossa 7 on esitetty ikävuosi-kohtaisesti terveysaseman vastaanoton tuoteperusteiset kustannukset vuonna 2012. Kuviosta käy ilmi, että 7 ikävuodesta lähelle 60 ikävuotta lääkärin ja hoitajan vastaanottopalvelun kustannukset ovat melko tasaiset. Pelkästään vastaanottoa tarkasteltaessa nykyinen ikäryhmittely näyttäisi siis riittävältä.



Kuvio 7. Vastaanoton tuoteperusteiset kustannukset asukasta kohti ikävuosittain vuonna 2012 (OukaDW).

Terveysasemien väestön ikäryhmittelystä (kuvio 8) käy ilmi, että keskustan, Höyhtyän ja Yli-Iin väestössä on eniten yli 65-vuotiaita. Kaakkurissa ja Kaijonharjussa on paljon lapsia ja vähän yli 65-vuotiaita.



Kuvio 8. Terveysasemien väestö ikäryhmittäin vuonna 2012 (OukaDW).

Vuonna 2012 sopimuksen mukainen vastaanoton kapitaatio ikäryhmien keskihinnalla oli 113,18 € Kun tähän lisätään laskennallinen vuokrien osuus (7,5 %) keskihinnaksi muodostui 121,67 €/asukasta kohti. Taulukosta 4 voi tarkastella kapitaatiohinnan toteumaa terveysasemittain ja eri muuttujien yhteyttä toteutuneeseen kapitaatiohintaan vuonna 2012.

Taulukko 4. Lääkärin ja hoitajan kiireettömän vastaanoton jono, asiakkaiden käyntiosuudet, peittävyys, toteutunut kapitaatio ja sen prosentuaalinen erotus oman tuotannon sopimushintaan nähden sekä väestömäärä vuonna 2012 (OukaDW). Hintoihin sisältyy vuokrat ja Sepän terveysasemalle maksettu kannustin.

2012	Jono lääkärille (vrk)	Jono hoitajalle (vrk)	Asiakkaat joilla 1-6 käyntiä (% väestöstä)	Asiakkaat joilla yli 6 käyntiä (% väestöstä)	Peittävyys (%)	Toteutunut kapitaatio (€/asukas)	Toteuma vs. oman tuotannon sopimus 121,67 €/as. (%)	Väestö 31.12.2012
Keskusta	34	30	38,0 %	8,0 %	46 %	178,80	47 %	15 050
Höyhtyä	27	24	39,9 %	8,1 %	48 %	162,55	34 %	15 302
Kontinkangas	20	18	35,6 %	4,6 %	40 %	115,56	-5 %	17 595
Myllyoja	25	7	42,9 %	7,0 %	50 %	157,12	29 %	12 885
Tuira	33	17	38,8 %	7,1 %	46 %	148,69	22 %	22 472
Rajakylä	17	8	40,2 %	6,1 %	46 %	142,59	17 %	13 019
Kaijonharju	28	13	34,9 %	4,6 %	39 %	97,33	-20 %	16 366
Kaakkuri	25	23	38,4 %	4,7 %	43 %	114,00	-6 %	13 535
Kiiminki	14	3	51,2 %	6,0 %	57 %	153,70	26 %	13 224
Ylikiminki	30	4	53,5 %	8,9 %	62 %	(sisältyy Myllyojan kapitaatioon)		3 396
Yli-Ii	25	2	57,3 %	9,6 %	67 %	285,80	135 %	2 133
Oulunsalo	18	6	49,9 %	8,5 %	58 %	193,91	59 %	9 730
Haukipudas	27	7	45,1 %	5,5 %	51 %	165,85	36 %	18 719
Seppä (yksityinen)	11	6	36,5 %	4,3 %	41 %	117,61	-3 %	17 407
<b>YHTEENSÄ</b>	<b>25</b>	<b>15</b>	<b>40,8 %</b>	<b>6,2 %</b>	<b>47 %</b>	<b>139,66</b>	<b>15 %</b>	<b>191 477</b>

Toteutunut kapitaatio sisältää terveysaseman asukaskohtaiset toteutuneet menot vuonna 2012 ja siihen on lisätty laskennallinen vuokrien osuus (7,5 %). Terveysasemien toteutuneet kustannukset poikkeavat suuresti toisistaan. Sopimuksen mukaiseen kapitaatiohintaan (121,67 €) pääsivät ainoastaan Kaijonharjun, Kaakkurin ja Kontinkankaan terveysasemat. Myös yksityisen tuottajan Sepän terveysasema alitti oman tuotantonsa sopimushinnan.

Näiden tulosten valossa pelkästään ikäryhmittelyllä painotettu kapitaatio ei tasaa kustannuseroja riittävästi terveysasemien välillä, vaikka väestöpohjaa olisi terveysasemittain noin 15 000 asukkaan verran. Pienempien tuotantokustannusten terveysasemien peittävyysprosentit ovat muita terveysasemia pienempiä. Epäsuhtaa terveysasemien kesken aiheuttaa Oulussa esimerkiksi opiskelija- ja työterveyshuollon käyttäjien painottuminen eri terveysasemien väestöpohjissa.

Taulukossa on esitetty terveysasemittain lääkärin ja hoitajan kiireettömän vastaanoton jonon pituus vuorokausina. Jonon pituus lasketaan ns. kolmanteen varattavissa olevaan (30 tai 2x15 minuutin) ei-kiireelliseen vastaanottoaikaan. Kolmatta aikaa mitataan siksi, ettei arvo olisi riippuvainen yksittäisten äkillisesti poisjääneiden potilaiden aiheuttamasta vaihtelusta. Terveysaseman arvona ilmoitetaan jokaiselle lääkärille tai hoitajalle erikseen laskettujen arvojen mediaani. Taulukossa on ilmoitettu kuukausittain laskettujen arvojen keskiarvo vuonna 2012.

Jonot Oulun terveysasemille ovat pitkiä, vaikkakin niitä on kehittämistyöllä saatu aiempaa lyhyemmiksi. Taulukosta voidaan havaita, että jonojen pituudella ei ole yhteyttä terveysaseman toteutuneisiin kustannuksiin. Suurempi resurssien käyttö ei ole kaikilla asemilla kohdistunut ainakaan parempaan saatavuuteen.

Asiakkaiden käyntejä on taulukossa kuvattu 1–6 kertaa ja yli 6 kertaa vastaanotolla käyneiden asiakkaiden prosentuaalisena osuutena väestöstä. Lisäksi on esitetty näiden summa eli terveysaseman vastaanoton peittävyysprosentti. Paljon palveluja käyttävien osuus ja peittävyys korreloivat selvemmin terveysaseman kustannuksiin.

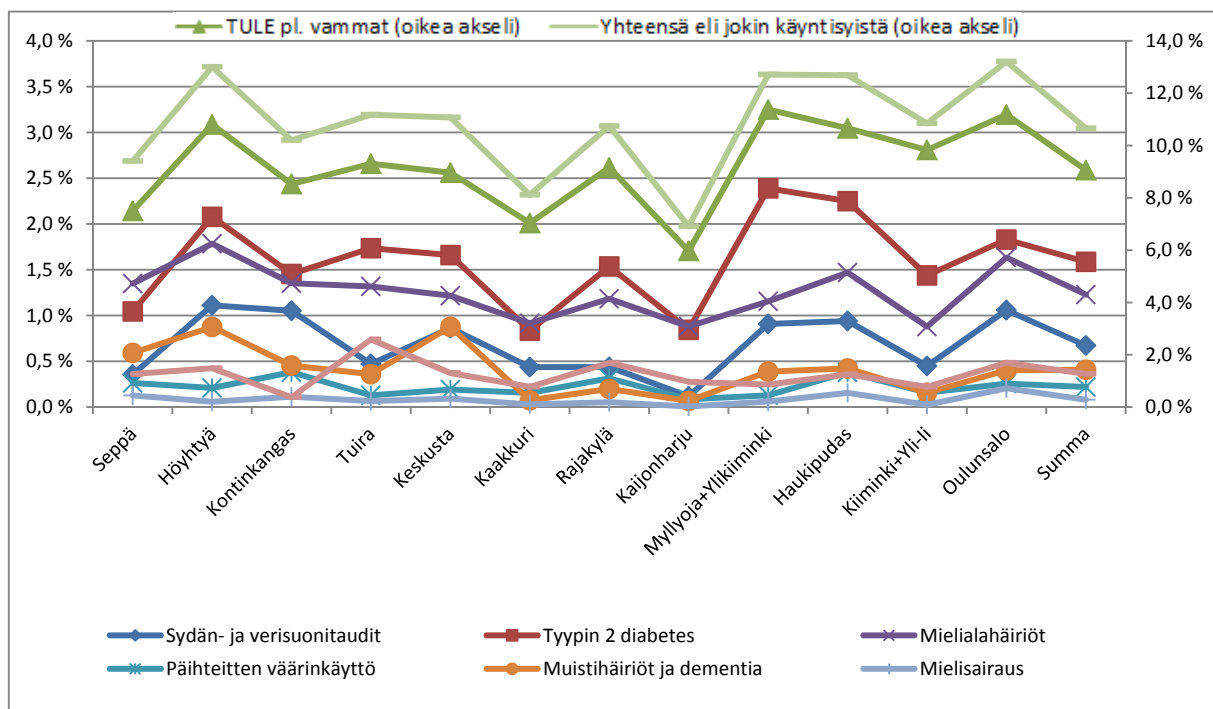
Kertooko paljon palveluja käyttävien suuri osuus sairaammasta väestöstä, heikommin toimivista prosesseista tai kalliimmista rakenteista? Tulisiko näiden terveysasemien saada kapi-taatioissa ylimääräistä korvausta vai olisiko tämä ero korjattavissa toiminnan tehostamisella? Kaukana keskustaa olevilla terveysasemilla, kuten Yli-Iissä, vaihtoehtoisia palveluita on vähän saatavilla. Peittävyysprosentti voi sen vuoksi olla suuri ja oikeudenmukaista olisi huomioida se terveysaseman saamassa hinnassa.

Taulukossa 5 on esitetty opiskelijoiden ja koululaisten sekä työttömien prosentuaalinen osuus Oulun kaupungin eri suuralueiden väestöstä. Tilastoa ei ole saatavissa kohdennettuna suoraan eri terveysasemille, joten täysin suoraa yhteyttä terveysasemien väestöön taulukosta ei voida analysoida. Taulukosta voidaan kuitenkin havaita kaupunginosien välillä olevien erojen suuruutta. Esimerkiksi Kontinkankaan terveysaseman väestö tulee enimmäkseen Oulunsuun suuralueelta, jossa työttömiä on vähiten ja opiskelijoita tai koululaisia toiseksi eniten. Väestöllä on siten potentiaalisesti käytettävissään myös vaihtoehtoisia vastaanottopalveluita, mikä oletettavasti vähentää terveysaseman kuormitusta. Opiskelijalla tai koululaisella tarkoitetaan taulukossa 15 vuotta täyttänyttä henkilöä, joka opiskelee päätoimisesti jossakin oppilaitoksessa eikä ole ansiotyössä tai työttönä.

Taulukko 5. Opiskelijat ja koululaiset (yli 15 v.) sekä työttömät suuralueittain 31.12.2011.

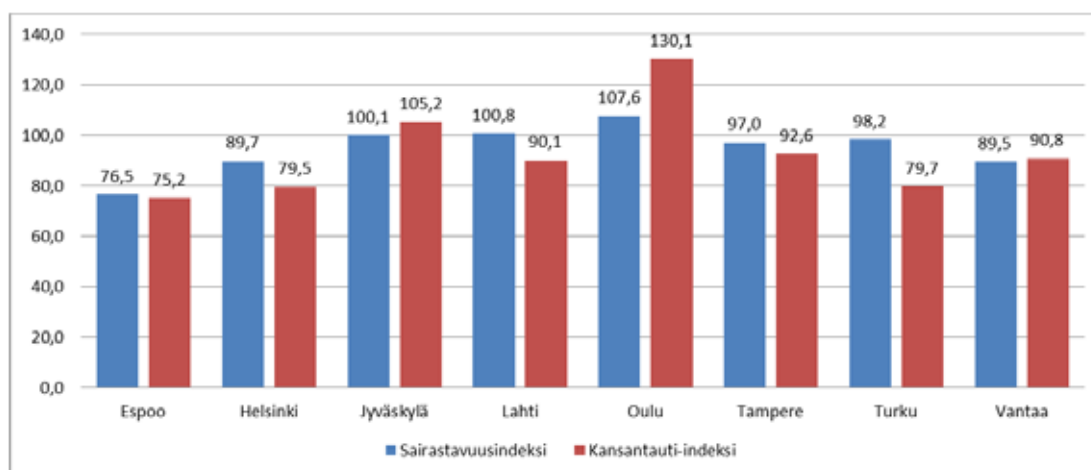
31.12.2011	Yhteensä	Keskusta	Höyhtyä	Oulunsu	Kaukovainio	Nuottasaari	Kaakkuri	Maikkula	Tuira	Puolivälikangas	Koskela	Pateniemi	Kaijoharju	Myllyoja	Sanginsuu	Korvensuora	Huikkavaara	Haukipudas	Kello	Kliminki	Jääli	Oulunsalo	Yli-Ii	Ylikiminki
Työttömät	6%	7%	5%	4%	9%	8%	5%	5%	9%	9%	9%	6%	5%	5%	7%	5%	5%	6%	5%	5%	5%	4%	5%	7%
Opiskelijat ja koululaiset	10%	13%	11%	14%	13%	12%	8%	10%	13%	11%	13%	10%	15%	8%	7%	8%	13%	7%	8%	7%	8%	8%	8%	6%

Kuviossa 9 on esitetty muutamien kalliiden tai pitkäaikaisten sairauksien esiintyvyyttä terveysasemien väestössä vuonna 2012. Näihin sairauksiin kohdistuvia käyntisyitä (ICPC-2) on eniten juuri niillä terveysasemilla, joiden toteutunut hinta on kallein: Höyhtyällä, Myllyojalla, Haukiputaalla ja Oulunsalossa. Keskustan terveysasema on poikkeus tästä joukosta, sillä sen korkeat kustannukset eivät selity näillä käyntisyillä. Vähiten pitkäaikaisten ja kalliiden sairauksien aiheuttamia käyntisyitä on Kaijoharjun ja Kaakkurin terveysasemilla, jotka myös kustannuksiltaan olivat edullisimpia. Kontinkankaan terveysasema on edullinen, mutta näitä käyntisyitä on kuitenkin lähes keskimääräisesti. Käyntisyiden ja diagnoosien analysoinnissa on otettava huomioon, että tilastointi ei ole aukoton. Usein merkitään käynnillä vain ensisijainen käyntisy/diagnoosi eivätkä siten muut syyt tai diagnoosit esim. pitkäaikaissairauksissa välttämättä tule merkityksi.



Kuvio 9. Kuinka monella prosentilla terveysaseman väestöstä esiintyy jokin esitetyistä pitkäaikaisen tai kalliin sairauden aiheuttamista käyntisyistä vuonna 2012 (OukaDW/Effica).

Valtakunnallisesti vertailtaessa sairastavuus ja kansantautien esiintyvyys ovat Oulussa korkeita. Vuonna 2012 Oulun sairastavuusindeksi oli 107,6 ja kansantauti-indeksi 130,1 koko maan keskitason ollessa 100 (kuvio 10). Sairastavuusindeksi perustuu kuolleisuuteen, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuuteen työikäisistä sekä lääkkeiden ja ravintovalmisteiden korvausoikeuksien haltijoiden osuuteen väestöstä. Kansantauti-indeksi perustuu astman, diabeteksen, nivelreuman, psykoosien, sepelvaltimotaudin, sydämen vajaatoiminnan ja verenpainetaudin indeksien keskiarvoon.<sup>18</sup>



Kuvio 10. Sairastavuus- ja kansantauti-indeksit suurimmissa kaupungeissa vuonna 2012 ikä- ja sukupuolivakioituna (Kela/Kelasto).

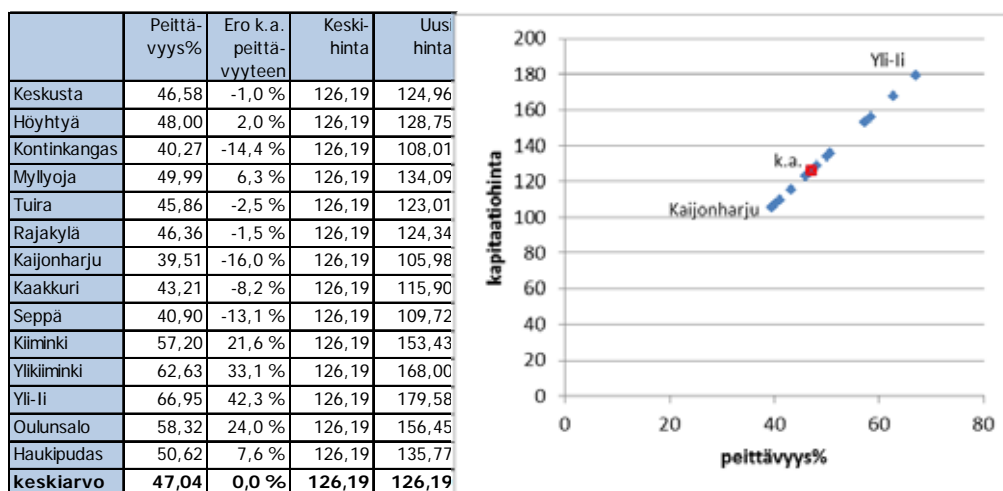
<sup>18</sup> [www.kela.fi/kelasto](http://www.kela.fi/kelasto)

Paljon palveluita käyttävien asiakasryhmien profiloinnin mukaan 10 prosenttia oululaisista käyttää 81 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon menoista <sup>19</sup>. Avoterveydenhuollon asiakkaista 25 prosenttia kuuluu kalleimman 10 prosentin joukkoon. Avoterveydenhuollon palveluprosesseja olisi kyettävä muokkaamaan siten, että pystytään aiemman yhdenmuotoisen standardipalvelun sijaan vastaamaan sekä satunnaiskäyttäjien hyvään saatavuuteen että pitkäaikaissairaiden ja paljon eri palveluita moniammatillisesti ja poikkihallinnollisesti tarvitsevien suunnitelmalliseen hoito- ja palveluprosessiin. Eri asiakasryhmiä palvelisi parhaiten erityyppinen palveluprosessi, mikä voisi tuoda myös kustannustehokkuutta.

Tarkastelu antaa viitteitä siihen, että paljon palveluja käyttävien osuus sekä kalliit ja pitkäaikaiset sairaudet lisäävät terveysaseman kustannuksia niin merkittävästi, että se tulisi huomioida terveysasemalle maksettavassa korvauksessa. Kapitaatioon perustuen voitaisiin maksaa vain osa terveysaseman saamasta korvauksesta (esim. 80 %). Loppuosuus (esim. 20 %) voitaisiin maksaa käyntisyihin tai hoitopisodeihin (mm. pDRG) perustuvana. Paljon palveluja käyttävien osuus ja peittävyys tosin korjaavat hintaa samansuuntaisesti, joten jo yksistään toinen näistä riittänee.

Peittävyysprosenttia hyödyntäen kapitaatiota voitaisiin korjata esimerkiksi siten, että peittävyyden prosentuaalinen ero suhteessa keskiarvopeittävyyteen aiheuttaisi saman prosentuaalisen muutoksen terveyspalveluita tuottavalle yksikölle maksettavaan kapitaatiohintaan suhteessa keskimääräiseen kapitaatioon (Taulukko 6). Kun korvauksen määrä sidotaan terveysasemien väliseen keskiarvoon, pysyvät kokonaiskustannukset järjestäjän hallittavissa. Esimerkki on laskettu vuoden 2012 peittävyysprosentteilla ja vuoden 2013 kapitaatiokorvauksen keskihinnalla.

Taulukko 6. Esimerkilaskelma peittävyysprosentin suhteessa terveysasemille maksettavista kapitaatiohinnoista.



Peittävyysprosentti lasketaan jokaisesta ikäryhmästä erikseen, jotta se voidaan huomioida terveyspalveluita tuottavalle yksikölle maksettavassa ikäryhmittäisessä kapitaatiossa. Peittävyysprosenttiin perustuvat korjaukset kuukausittain maksettavaan kapitaatiohintaan tehtäisiin esim. kolmen kuukauden välein.

Kapitaatiosta voisi jatkossa erottaa omaksi ikäryhmäkseen 7–18-vuotiaat, jotka suun terveydenhuollon ja neuvolatoiminnan osalta poikkeavat hinnaltaan 19–64-vuotiaasta väestöstä. Vastaanoton vuoden 2013 sopimuksen kertoimet ja hinnat olisivat uudella ikäryhmäjaolla taulukon 7 mukaiset.

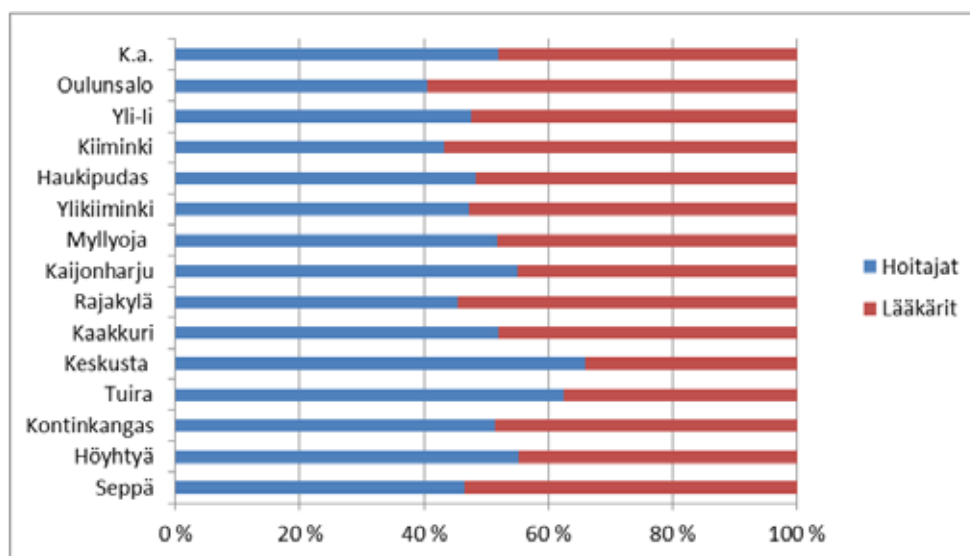
<sup>19</sup> Leskelä ym. 2013



Taulukko 7. Vastaanoton kapitaatiokertoimet ja hinnat uudella ikäryhmittelyllä omassa palvelutuotannossa vuonna 2013.

2013	0–6 v.	7–18 v.	19–64 v.	65–74 v.	75–84 v.	85– v.	K.a.
kerroin	1,20	0,35	0,73	2,12	2,73	2,71	1
hinta (€)	151,43	44,17	109,79	267,52	344,56	341,97	126,19

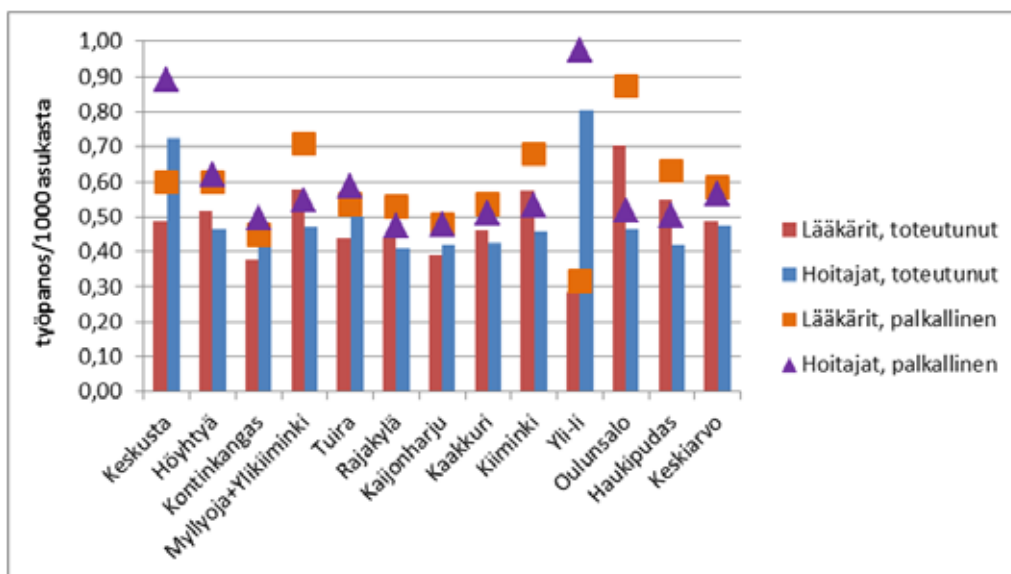
Terveysasemien hintojen vaihtelua voidaan katsoa vielä lääkäreiden ja hoitajien työnjaon valossa. Oulunsalon kustannuksia pitää korkealla lääkäripainotteinen toimintamalli. Oulunsalossa hoitajakäyntien osuus kaikista vastaanoton asiakaskäynneistä lääkäreillä ja hoitajilla on vain reilu 40 prosenttia, kun luku keskimäärin on noin 52 prosenttia (kuvio 11).



Kuvio 11. Vastaanoton hoitajien ja lääkärin asiakaskäyntien osuudet terveysasemittain vuonna 2012 (OukaDW/Effica).

Keskustan terveysasemalla hoitajakäyntien osuus on suurin, noin 66 prosenttia. Kustannuksiltaan keskusta on kuitenkin kanta-Oulun kallein. Myös Tuiran hoitajakäyntien osuus on korkea, yli 62 prosenttia, ja kustannukset keskitason yläpuolella. Hoitajakäyntien korkea osuus ei siis välttämättä merkitse toteutuvien kustannusten edullisuutta.

Lääkäreiden ja hoitajien työpanosta voidaan tarkastella myös suhteessa terveysaseman väestömäärään (kuvio 12). Lääkäreiden toteutunut työpanos oli vuonna 2012 keskimäärin 0,49 lääkärinä 1 000 asukasta kohti. Hoitajien vastaava suhdeluku oli 0,48. Kanta-Oulun terveysasemista keskiarvosta poikkeaa erityisesti Keskusta hoitajamäärällä ja Myllyoja (sisältäen Ylikiimingin) lääkärimäärällä. Oulunsalon lääkäreiden määrä väestöön nähden on erityisen suuri. Yli-li poikkeaa keskiarvosta eniten, mutta pienen väestöpohjan ja pitkien etäisyyksien vuoksi toimintamalli ei ole muutenkaan verrannollinen muihin terveysasemiin. Toteutunut työpanos sisältää terveysasemalla konkreettisesti työskennelleen laskennallisen työpanoksen. Palkallinen työpanos sisältää lisäksi palkalliset poissaolot.



Kuvio 12. Lääkärien ja hoitajien toteutunut ja palkallinen työpanos terveysasemittain 1 000 asukasta kohti vuonna 2012 (OukaDW/Personec).

## 6.4 TYÖTERVEYSHUOLLON SAIRAANHOIDON RAHOITTAMINEN OULUN KAUPUNGISSA

Sekä Oulun Työterveyden että muiden työnantajien järjestämien työterveyshuollon sairaanhoidon palveluiden rinnakkaiskäyttö todennäköisesti merkittävästi hankaloittaa työikäisen väestön oikeudenmukaisen kapitaatiokorvauksen määrittelyä.

Oulun kaupunki kohdistaa työntekijöidensä lääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluihin merkittävästi enemmän resursseja kuin samanikäisen väestön julkisen terveysaseman vastaanottopalveluihin.

Oulun kaupunki maksoi vuonna 2012 palveluksessa olleen 11 439 työntekijän työterveyshuollosta yhteensä noin 6,4 miljoonaa euroa. Tästä summasta Kelan palautus oli noin 2,5 miljoonaa euroa ja kaupungin oma maksuosuus noin 4 miljoonaa euroa (Taulukko 8). Työterveyshuollon kustannukset työntekijää kohti olivat yhteensä 561 euroa vuodessa.

Taulukko 8. Oulun kaupungin työterveyshuollon kustannukset vuonna 2012 ja Kelan palautus laskennallisena arviona (Oulun kaupungin henkilöstöraportti 2012, sisältää Oulun kaupungin ilman Oulu-Koillismaan pelastuslaitosta).

2012	Toteuma	Kelan palautus	Oulun osuus
<b>Korvausluokka I (€)</b>	1 803 941	1 082 365	721 576
<b>Korvausluokka II (€)</b>	4 611 275	1 373 252	3 238 023
<b>Yhteensä (€)</b>	<b>6 415 216</b>	<b>2 455 617</b>	<b>3 959 599</b>
<b>Henkilöstömäärä</b>	<b>11 439</b>		
€/hlö, korvausluokka I	158	95	63
€/hlö, korvausluokka II	403	120	283
€/hlö, yhteensä	<b>561</b>	<b>215</b>	<b>346</b>

Taulukossa esitetty korvausluokka II sisältää lääkärin, hoitajien, fysioterapeuttien, psykologien ja erikoislääkärin käynnit sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimukset. Kun näistä erotetaan pelkästään lääkärin (n. 2,2 M€) ja hoitajien (n. 0,4 M€) käynneistä aiheutuneiden sairaanhoidon kustannusten osuus, hinnaksi muodostuu 213 euroa työntekijää kohti vuonna

2012. Summa sisältää myös hallinnon, tilat ja atk-kulut, mutta ei laboratorio ja kuvantamistutkimuksia.

Oulun kaupungin työntekijöidensä lääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluihin kohdentamat resurssit työterveyshuollossa ovat merkittävästi suuremmat kuin vastaavanikäisen väestön palveluihin julkiselle terveysasemalle kohdennettavat resurssit. Vertailukelpoinen oman tuotannon toteutunut kapitaatiohinta työikäiselle väestölle olisi 70,81 euroa henkilöä kohti. On toki otettava huomioon, että Oulun Työterveyden sairaanhoitopalvelut sisältävät lääkärin ja hoitajien vastaanottopalveluiden lisäksi osin mahdollisuuden myös erikoislääkärikonsultaatioihin ja erityistutkimuksiin. Täten palvelun sisältö ei ole täysin verrannollinen terveysaseman lääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluille, joita tässä raportissa on käsitelty.

Muiden työnantajien oululaisille työntekijöilleen järjestämän työterveyshuollon sairaanhoidon resursseista ja Kelan myöntämistä julkisista korvauksista ei Oulun kaupungilla ole mahdollista saada henkilötason tietoa.

## 6.5 OPISELIJOIDEN TERVEYDENHUOLLON RAHOITUS OULUSSA

Toisen asteen opiskelijat ja yliopisto-opiskelijat saavat opiskeluterveydenhuollon sisällä vastaanottopalveluita, joita on resursoitu paremmin kuin julkisen terveysaseman palveluita. Suuri opiskelijoiden määrä voi vääristää eri alueiden terveysasemien saamaa korvausta vastaanottopalveluiden rinnakkaiskäytön vuoksi.

Oulun kaupungin oman palvelutuotannon opiskeluterveydenhuolto palvelee ammattikorkeakoulujen, ammatillisten oppilaitosten ja ammatillista aikuiskoulutusta tarjoavien oppilaitosten opiskelijoita. Oulun opiskeluterveydenhuollon piirissä oli vuonna 2012 yhteensä 14 500 opiskelijaa. Heistä noin 10 500 henkilöä eli 72 prosenttia käytti opiskeluterveydenhuollon palveluita. Palveluiden käyttäjistä noin 80 prosenttia oli oululaisia. Opiskelijoista 44 prosenttia käytti opiskeluterveydenhuollon sairaanhoidon palveluita. Menot olivat 1,5 miljoonaa euroa, mikä tarkoittaa 106 euroa opiskelijaa kohti. Yhteisen tietojärjestelmän sisällä Oulun kaupunki pystyy seuraamaan opiskeluterveydenhuoltonsa resurssien kohdentumista ja käyttöä.

Oulun yliopistokaupunkina YTHS:lle antama vuosittainen toiminta-avustus tarkistetaan YTHS:n ja Suomen Kuntaliiton kesken käytävissä neuvotteluissa. Toiminta-avustus määräytyy opiskelijoiden lukumäärän perusteella. Oulun kaupungin toiminta-avustuksen määräksi on vuonna 2013 sovittu 35,35 euroa opiskelijaa kohti. Kevään 2012 opiskelijamäärän (11 854) perusteella avustus on noin 419 000 euroa vuodessa. Tämän lisäksi YTHS:n rahoitus koostuu Kelalta/valtiolta saatavista korvauksista sekä asiakasmaksuista. YTHS:n Oulun toimipisteestä saadun tiedon mukaan vuoden 2012 kuluista 42,5 prosenttia kohdistui yleisterveyteen, 34,9 prosenttia suun terveyteen, 16 prosenttia mielenterveyteen ja 6,3 prosenttia hallintoon.

Edellä esitetyistä suuntia antavista luvuista voidaan arvioida, että YTHS:n Oulun toimipiste saa vuonna 2013 kapitaatiokorvauksena yleisterveyden palveluiden tuottamiseen eri rahoituslähteistä noin 130,64 euroa opiskelijaa kohti. Oulun kaupungin oman palvelutuotannon kapitaatiohinta vastaavalle ikäryhmälle (7–64 vuotta) on 92,12 €

On huomattava, että YTHS:n yleisterveyden palvelut pitävät sisällään myös ennaltaehkäisevän terveydenhuollon palvelut eikä summia siten voida suoraan rinnastaa terveysaseman vastaanottopalveluihin.

Kaikki opiskelijat kuuluvat käytännössä myös terveysasemien väestöpohjaan, vaikka käyttäisivätkin tosiasiaa vain opiskeluterveydenhuollon/YTHS:n palveluita. Resursseja kohdistuu siten todellista tarvetta enemmän niille terveysasemille, joiden alueella asuu opiskelijoita.

## 6.6 MUUN TYÖTERVEYSHUOLLON SAIRAANHOIDON JA YKSITYISEN TERVEYDENHUOLLON KÄYTTÖ OSANA VASTAANOTTOPALVELUIDEN VALINNANVAPAUTTA

Vastaanottopalveluiden kokonaisuuden ja julkisten resurssien kohdentumisen analysointiin päästään vain yhdistämällä peruskunnan, Kelan ja yksityisten palveluntuottajien tiedot – mie-  
luiten henkilötasolla.

Oulun kaupungilla ei ole nykylainsäädännön ja tietojärjestelmien yhteensopivuuden valos-  
sa mahdollisuutta saada tietoa henkilötasolla oululaisten vastaanottopalveluiden kohdentumi-  
sesta tai resurssien jakautumisesta kokonaisuutena. Erityisesti muiden työnantajien kuin Oulun  
kaupungin järjestämästä työterveyshuollon sairaanhoidosta tai yksityisen terveydenhuollon  
yleis- ja erikoislääkärivastaanotosta ei ole saatavilla käytännössä kuin karkeita lukuja.

## 7 YHTEENVETO OULUN KAUPUNGIN HAVAINNOISTA

Tässä raportissa on nostettu esiin vastaanottopalveluiden valinnanvapauteen ja rahoittami-  
seen liittyviä näkökulmia ja kehittämisen kohteita. Kokemukset ovat suuresta kaupungista,  
joka on niin sanottu vahva peruskunta ja järjestäjätaho. Erityispiirteitä tuovat laaja järjestämis-  
alue useine julkisine terveysasemineen, yliopiston ja yliopisto-opiskelijoiden sijainti paikka-  
kunnalla sekä merkittävä yksityisen työterveyshuollon ja muun yksityisen terveydenhuollon  
osuus.

Kaikilta osin kokemukset muun muassa terveysasemien vaihtojen syistä tai rinnakkaisten  
vastaanottopalveluiden (työterveyshuolto, opiskeluterveydenhuolto, yksityinen terveydenhuol-  
to) tai rahoituksen seurannan ja kohdentamisen ongelmista eivät ole yleistettävissä kaikkialle  
Suomeen. Sen sijaan suurten kaupunkien osalta problematiikka on todennäköisesti yhteinen.

### 7.1 VASTAANOTTOPALVELUIDEN VALINNANVAPAAUS

Terveydenhuoltolaki vahvisti asiakkaan ja kuntalaisen roolia muun muassa mahdollistamalla  
ensin kunnan sisäisen ja nyttemmin jo valtakunnan rajat ylittävän valinnanvapauden terveys-  
asemapalveluille. Suomalaiset paraikaa opettelevat käyttämään valintaoikeuttaan. Valinnan-  
vapaus on nimenomaan oikeus, mutta valinnasta ilmoittaminen ei ole velvollisuus. Oulun  
kaupungin kokemuksen mukaan n. 10 prosenttia kuntalaisista ilmoittaa vuosittain terveysase-  
man valinnastaan ja heistä suurin osa haluaa vaihtaa terveysasemaa. Valinta kohdistuu yleensä  
kotia lähimmälle terveysasemalle. Toisaalta edelleenkin ehdoton enemmistö väestöstä ei tee  
ilmoitusta julkisen terveydenhuollon terveysasemastaan eikä ilmoita, käyttääkö tarvitessaan  
terveysaseman tai muun rinnakkaisen palveluntuottajan palveluita. Näin ollen suurin osa suo-  
malaisista edelleen tulee kotikunnan/järjestämistahon toimesta listatuksi yleensä kotiosoitteen-  
sa mukaiselle julkiselle terveysasemalle.

Peruskunnan ongelmaksi jää kyetä resursoimaan vastaanottopalvelut/terveysasemat oikeu-  
denmukaisesti. Käytännössä kunnat joutuvat varaamaan resurssit myös niille asiakkaille, jotka  
eivät palveluita ollenkaan käytä tai jotka käyttävät muita, toisen tahon rahoittamia, rinnakkais-  
palveluita. Tämä johtaa osan terveysasemista yliresursointiin, mikäli väestö käyttääkin esim.  
työ- tai opiskeluterveydenhuollon palveluita. Toisaalta paljon palveluita tarvitsevan ja iäkkään  
väestöpohjan tai rinnakkaispalveluista etäämmällä sijaitsevien terveysasemien resursointi voi  
jäää vajaaksi.

Terveysterveystoimilain 47 §:n mukaisen valinnanvapauden sisältö tulisi määritellä tarkemmin. Rajanvetoa on tarvittu muun muassa mielenterveys- ja päihdepalveluiden ja muiden erityispalveluiden kesken. Samoin yksikkö, johon valinnanvapaus kohdistuu, tulee kyetä määrittelemään muuttuvassa palvelujärjestelmässä. Muun muassa Oulussa kehitteillä oleva hyvinvointikeskus ja -piste toimintamalli haastaa pohtimaan, miten valinnanvapaus tiettyyn yksikköön voidaan toteuttaa, kun osa palveluista voidaan tuottaa vain tietyissä toimipisteissä ja osa palveluista myös eri tuottajien toimesta. Oulussa esitetään tässä vaiheessa, että valinnanvapauden piiriin tulevat kaikki hyvinvointikeskukset, joissa on laaja-alaiset ja kattavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä ne lääkärin ja hoitajan vastaanottoyksiköt (esim. Sepän terveysasema), joita ei ole kohdennettu vain tietyille asiakasryhmille. Sen sijaan Oulun suunnitelmassa olevat hyvinvointipisteet, joiden lääkäri- ja hoitajavastaanottopalvelut pyritään kohdentamaan erityisesti paljon palveluita käyttäville asiakasryhmille, eivät ole kansalaisten vapaasti valittavissa terveydenhuoltolain pohjalta. Asiakasvalinta näihin (fyysisiin) toimipisteisiin tapahtuu järjestäjän toimesta.

Vaikka terveydenhuoltolain 47 § laajensi kaikkien suomalaisten terveysaseman valinnanvapautta ja paransi kansalaisten asemaa, ei valinnanvapaus kuitenkaan toteudu eri väestöryhmien osalta tasavertaisena. Osalla väestöryhmiä on päällekkäisiä valinnan mahdollisuuksia, joihin kuitenkin liittyy erityispiirteitä.

Vaikka työssäkäyvällä väestöllä on rinnakkaisena valittavissa työterveyshuollon palveluntuottajansa, on se työnantajan valitsema ja palveluvalikoima riippuu työnantajan tekemän sairaanhoitosopimuksen laajuudesta. Täysin työntekijän ehdoilla tehtävästä valinnasta ei siis ole nykymallissa kyse. Raportissa (luku 7.3.) on hahmoteltu eri vaihtoehtoja työterveyshuollon sairaanhoidon palveluiden osuudesta ja rahoittamisen vaihtoehtoista valinnanvapausjärjestelmässä. Kehitystyötä on tältä osin jatkettava Kelan, Työterveyslaitoksen, työterveyshuollon palveluntuottajien ja muiden tahojen toimesta.

Toisen asteen opiskelijoilla ja yliopisto-opiskelijoilla on käytettävissään julkisen terveysaseman lisäksi opiskeluterveydenhuollon/YTHS:n palveluita. Tällä oli erityisesti merkitystä aikana, jolloin ulkokuntalaisten opiskelijoiden oikeus asioida opiskelupaikkakuntansa terveysasemilla oli epäselvä. Opiskelijoiden sairaanhoidon tarkoituksenmukaista järjestämistä nykymallissa voidaan pohtia, sillä voihan kuka tahansa nykyisin valita myös opiskelupaikkakuntansa terveysaseman palveluntuottajakseen ja siten saada sieltä muun väestön kanssa yhdenvertaiset palvelut.

Oulun kaupungin kokemusten perusteella terveysaseman sijainnilla on suurin merkitys kuntalaisten ilmoittaman valinnan syynä. Tähän voi olla useita selityksiä. Oulun kokemuksissa voi korostua yksityisen palveluntuottajan kilpailutuksiin ja hankintaan liittynyt järjestäjätaholähtöinen väestön määrääminen eri terveysasemille. Toisaalta hyvän palvelun ja hoitosuhteen jatkuvuuden merkitys on alkanut näkyä yhä merkittävämpänä tekijänä vaihtojen syynä. Valittavasti väestön valinnan perustaksi ei toistaiseksi ole ollut tarjota eri terveysasemien kesken kuin jono-/saatavuusvertailuja. Laadun, vaikuttavuuden ja asiakastyytyväisyyden mittaamiseksi tulisi kehittää valtakunnallisia ja helposti saatavia ja raportoitavia mittareita.

## 7.2 VASTAANOTTOPALVELUIDEN MONIKANAVAINEN RAHOITUS

Oulun kaupunki rahoittaa kuntalaistensa vastaanottopalveluita monella perusteella: osana kunnan terveydenhuoltolain mukaista järjestämisvastuuta, osana työnantajan työterveyshuoltolain mukaista velvollisuutta ja myös sopimus-/avustusperusteisesti yliopistopaikkakuntana (YTHS). Tiedolla johtamisen mahdollisuudet ja toiminnallisten ja taloudellisten seikkojen seuranta ja ohjaaminen vaihtelevat. Kaupunki pystyy kohtalaisesti seuraamaan omassa palvelutuotannossaan ja ostopalveluissaan tapahtuvaa toimintaa, toiminnan sisältöä ja resurssien

kohdentumista. Sen sijaan työterveyshuollon sisältö tai kustannukset eivät ole nyky-lainsäädännön perusteella yhdistettävissä muuhun tietoon oululaisten palveluiden käytöstä. YTHS:n palveluiden osalta ei Oulun kaupungilla ole minkäänlaista käytännön mahdollisuutta resurssiensa ohjaamiseen tai seurantaan ainakaan henkilötasolla.

Samoin oululaisten vastaanottopalveluita rahoitetaan monen kanavan ja toimijan kautta osana suomalaista monikanavaista terveydenhuoltojärjestelmää. Kaiken kaikkiaan vastaanottopalveluiden rahoittamiseen osallistuvat ainakin Oulun kaupunki, valtio, Kela, työnantajat, kuntalaiset/asiakkaat ja vakuutusyhtiöt. Oulun kaupungin selvitysten perusteella millään yksittäisellä taholla ei ole mahdollisuutta analysoida, seurata tai ohjata koko palvelujärjestelmän toimintaa tai sen rahoitusta. Erilaisia arvioita voidaan saada kohtalaisen työläästi, mutta esim. tietojen yhdistäminen toiminnoittain ja kustannuksittain henkilötasolle ei ole mahdollista. Vaikeutta tekevät sekä lainsäädännölliset, rekisterinpidolliset ja tietosuojalliset seikat sekä tietojärjestelmien yhteensopimattomuus.

Jotta vastaanottopalveluiden oikeudenmukainen (julkinen) rahoittaminen kyettäisiin toteuttamaan eri palveluntuottajien ja terveysasemien kesken, on välttämätöntä saada kokonaiskäsitys väestön käyttämistä palveluista, hoidetuista sairauksista ja eri toimintojen aiheuttamista (julkisista) kustannuksista. Tältä osin tarvitaan kattava yhteistutkimus, jossa ainakin peruskunnan ja Kelan kaikki toiminnalliset ja taloudelliset tiedot voidaan koota samaan analyysiin. Tutkimus edellyttäisi kattavaa lupaa yhdistää eri rekisterien tiedot henkilötasolla ja voisi osin vaatia myös lainsäädännöllisiä toimia.

Yhteistutkimuksen perusteella olisi mahdollisuutta analysoida kattavammin väestön palvelutarpeeseen vaikuttavia tekijöitä (sairastavuus, sosioekonominen asema) sekä resurssien taroituksenmukaista kohdentumista eri palvelujärjestelmän osiin ja tasoihin (hoidonporrastus, vaikuttavuus). Tutkimuksen tavoitteena tulisi olla myös mittaroinnin ja tilastoinnin kehittäminen siten, että tiedolla johtamista tuettaisiin mahdollisimman oikea-aikaisen ja analysoidun tiedon turvin.

### 7.3 VAIHTOEHTOJA TYÖTERVEYSHUOLLON SAIRAAHOITOPALVELUIDEN ASEMALLE OSANA VASTAANOTTOPALVELUIDEN VALINNANVAPAUTTA

Edellä on todettu, että nykytilanteessa työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut tarjoavat työssäkäyvälle väestölle julkisten terveysasemien palveluille rinnakkaisen lisämahdollisuuden käyttää vastaanottopalveluita ja siten parantavat työssäkäyvien asemaa, palveluiden saatavuutta ja valinnanvapautta. Työterveyshuollon palveluita kohtaan on suuri luottamus ja sen koetaan toimivan pääosin hyvin ja vaikuttavasti. Hyvin toimivasta työterveyshuollosta ei todennäköisesti olla valmiita tinkimään tai järjestelmää muuttamaan, ellei vastaavien palveluiden toteutumista ja hyvää saatavuutta muuten kyetä takaamaan.

Työterveyshuoltoa rahoittavat merkittävästi työnantajat ja Kela. Osa työterveyshuollon sairaanhoitopalveluihin oikeutetuista kuntalaisista käyttää myös julkisen terveysaseman palveluita rinnakkain. Tältä osin heidän palveluitaan rahoittaa myös kotikunta. Koska kokonaiskuvaa työterveyshuollon käytöstä ja palveluiden kohdentumisesta eri henkilöille tai sairauksien hoitoon ei ole millään taholla, vääristää työterveyshuollon sairaanhoidon rinnakkaiskäyttö myös julkisten terveysasemien resursointia. Rahoituksen kulkiessa usean eri kanavan kautta resurssien kohdistaminen oikeudenmukaisesti todelliseen palvelutarpeeseen on vaikeaa. Työssäkäyviä varten on varattava resurssia sekä terveysaseman vastaanotolle että työterveyshuoltoon ja yksittäisen asiakkaan hoidon kokonaishallinta voi olla hajautunut.

Yhdenvertaisuuden näkökulmasta tilanne on väestötasolla ongelmallinen: vain osa väestöstä saa työterveyshuollon sairaanhoidon myötä lisää valinnan mahdollisuuksia ja heidän palve-

luihinsa käytetty resurssi julkisista varoista voi vielä olla merkittävästi muun väestön vastaanottopalveluihin kohdennettua suurempi.

Työterveyshuollon sairaanhoidon asemaa suomalaisessa palvelujärjestelmässä voidaan hahmotella nykytilan lisäksi useamman (teoreettisen) vaihtoehdon kautta. Valinnanvapauden käytäntöjen lisäksi olisi jokaisessa vaihtoehdossa kattavasti selvitettävä vaihtoehdon rahoitusvastuu työnantajien ja kotikunnan kesken sekä Kela-korvausten perusteet sekä ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon (korvausluokka I) että työterveyshuollon sairaanhoitoon (korvausluokka II).

Ensimmäisenä vaihtoehtona voisi olla työterveyshuollon palveluntuottajien keskittyminen lähes pelkästään ennaltaehkäisevään toimintaan (korvausluokka I). Sairaanhoidosta työterveyshuollon järjestettäväksi jäisi ainoastaan kiinteästi työhön liittyvien tai työperäisten sairauksien hoito ja työkyvyn arviointi. Työnantajat ja Kela rahoittaisivat nämä palvelut. Tämän lisäksi työnantaja voisi kustannuksellaan sopia myös työntekijöidensä sairaanhoidosta. Työntekijä saisi varsinaiset julkisesti rahoitetut sairaanhoitopalvelut muusta lääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluita tuottavasta yksiköstä, jonne olisi listautunut. Nämä palvelut rahoittaisivat kunta ja/tai valtio joko lisääntyvien valtionosuuksien tai Kelan kautta. Työterveyshuollon keskittyessä ennaltaehkäisevään toimintaan ja työkyvyn ylläpitämiseen ja palauttamiseen, muuttuisi työterveyshuollon lääkärivastaanotto erikoislääkäritoiminnan suuntaan. Työterveyslääkärille voitaisiin tulla konsultaatioon sairauden työperäisyyden selvittämiseksi, työkyvyn arvioimiseksi tai työhön palaamisen tukemiseksi, mikä voisi lisätä vaikuttavuutta. Ongelmaksi voisi toisaalta koitua erityisesti moniongelmaisen tai osatyökykyisen työntekijän tukeminen ja jäljellä olevan työkyvyn arvioiminen, mikäli palvelukokonaisuus pirstaloituisi työterveyshuollon ja sairaanhoidon tuottavan tahon kesken. Tässä mallissa työnantajien nykyisin merkittävä taloudellinen panostus sairaanhoidon vastaanottopalveluihin voisi merkittävästi pienentyä.

Toisessa vaihtoehdossa työterveyshuoltoa tuottava yksikkö voisi toimia ennaltaehkäisevän työterveyshuollon ohella myös lääkärin ja hoitajan vastaanottopalvelun tuottajana niille työntekijöille, joita sillä on asiakkaina. Mikäli työntekijät haluaisivat vastaanottopalvelut työterveyshuoltoyritykseltään, he tekisivät aktiivisen valinnan ko. yksikköön. Samoin voitaisiin toimia yliopistopaikkakunnilla YTHS:n osalta, jonne yliopisto-opiskelijat voisivat käyttää vastaanottopalveluiden valinnanvapauttaan. Tämä edellyttäisi Ruotsin mallin mukaista järjestelmää (kriteerit, palveluvalikoima, seuranta, laadunvalvonta, yhteiset kustannukset), johon palveluntuottajan tulisi liittyä ja sitoutua. Tällöin kotikunnan järjestämisvastuuseen kuuluvat vastaanottopalveluihin varatut resurssit kohdennettaisiin työterveyshuollon palveluntuottajalle. Kuntalainen ei voisi rinnakkain valita myös julkista terveysasemaa eikä käyttää sen palveluita. Mallissa kotikunnan, työnantajien ja Kelan rahoituksen kohdentaminen sairaanhoitoon ja tuottajien saamien korvausten perusteet olisi selvitettävä tarkemmin ja eri tahojen rahoitusvastuu olisi kyettävä erottamaan. Määritellä tulisi myös, miten usean työnantajan varsin laaja ja osin erityispalveluita sisältävä sairaanhoitosopimus olisi yhteen sovitettavissa kotikunnan mahdollisesti suppeammin määrittelemään palveluvalikoimaan.

Kolmannessa vaihtoehdossa työterveyshuollon palveluntuottajat voisivat ennaltaehkäisevän työterveyshuollon lisäksi toimia terveydenhuoltolaissa tarkoitettuina vapaan valinnan yksikköinä ja profiloitua koko (työikäisen) väestön terveyden- ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä sairaanhoitoon. Ikäryhmä kannattaisi rajata, jotta mahdollistetaan työikäisiin erikoistuneen osaamisen hyödyntäminen optimaalisesti koko väestön työkyvyn ylläpitämiseksi. Myös tämä vaihtoehto edellyttäisi Ruotsin mallin mukaista järjestelmää (kriteerit, palveluvalikoima, seuranta, laadunvalvonta, yhteiset kustannukset), johon palveluntuottajan tulisi liittyä ja sitoutua. Lakisääteinen korvausluokan I mukainen ehkäisevä toiminta kuuluisi edelleen työnantajan järjestettäväksi. Tässä vaihtoehdossa työterveyshuollon palveluntuottajalla A voisi periaatteessa olla kolmella eri tavalla koostuneita asiakkaiden palvelukokonaisuuksia: a) työntekijät, jotka ovat listautuneet jollekin muulle terveysasemalle, saavat työterveyshuoltotuottajalta vain ennaltaehkäisevän työterveyshuollon (korvausluokka I) mukaiset palvelut, b) työntekijät, jotka

ovat listautuneet työterveyshuoltotuottajalleen, saavat sieltä ennaltaehkäisevän työterveyshuollon lisäksi myös sairaanhoidon palvelut, c) muut 18–65-vuotiaat, jotka ovat listautuneet työterveyshuoltotuottajalle, mutta joilla ei ole ennaltaehkäisevää (korvausluokka I) työterveyshuoltoa (mm. työttömät) tai joiden työnantaja järjestää palvelun jonkun muun tuottajan kanssa, saisivat tuottajalta A sairaanhoidon palvelut. Myös tässä mallissa kotikunnan, työnantajien ja Kelan rahoituksen kohdentaminen sairaanhoitoon ja tuottajien saamien korvausten perusteet olisi selvitettävä tarkemmin ja eri tahojen rahoitusvastuu olisi kyettävä erottamaan. Työnantajien nykyinen merkittävä osuus sairaanhoidon palveluiden rahoittamisessa tulisi tässäkin vaihtoehdossa ottaa huomioon.

Muut terveydenhuoltolain valinnanvapauden piiriin kuuluvat palvelut (mm. neuvolapalvelut, suun terveydenhuolto) järjestettäisiin kaikissa näissä vaihtoehtoissa kunnan toimesta muilta terveysasemilta/hyvinvointikeskuksista. Sekä yksittäisen asiakkaan että (moniongelmaisen) perheen kohdalta valinnanvapauteen liittyvä palvelukokonaisuuden pirstoutuminen voi huonontaa vaikuttavuutta.

## 7.4 POHDINTAA ”RAHA SEURAA ASIAKASTA” -MALLISTA VASTAANOTTOPALVELUISSA

Osana VALO-hanketta selviteltiin myös Ruotsin kokemusten mukaisen ”raha seuraa asiakasta” -mallin jalkauttamista Suomeen erityisesti monituottajuuden näkökulmasta. Pohdintaa on tehty myös aiemmassa raportissa<sup>20</sup>. Havaintojemme mukaan monituottajuusmallia voitaisiin kokeilla suureholla järjestämisalueella, jossa on useita julkisia terveysasemia ja potentiaalisia yksityisiä tai muita palveluntuottajia. Tämä edellyttäisi, että kansallisesti pystyttäisiin ratkaisemaan osapuolten asemaan ja vastuuseen, hankintamenettelyyn ja kustannusten korvaamiseen liittyviä seikkoja. Kokeiluiden suunnittelemiseksi ja arvioimiseksi tulisi tehdä tiivistä yhteistyötä järjestäjäkunnan/-alueen ja valtakunnallisten viranomais-, tutkimus- ja muiden tahojen kesken.

Toisin kuin julkisessa keskustelussa on osin väärinymmärretty, ei asiakas voi valita mallissa mitä tahansa tuottajaa julkisen järjestäjän kustannuksella eikä vaihtaa tuottajaa satunnaisesti tarpeestaan toiseen. Julkinen raha ei siis ”seuraa” asiakasta sattumanvaraisesti minne ja milloin tahansa. Toisaalta suomalaisessa järjestelmässä on jo nyt Kelan yksityisen terveydenhuollon korvauksissa käytössä osittainen ”raha seuraa asiakasta” -malli. Malli on kuitenkin vain osittain kustannukset julkisista varoista korvaava ja pohjautuu suoriteperusteisuuteen. Mallissa jää toteutumatta kokonaisvastuu asiakkaasta, mihin Ruotsissa on pyritty suosimalla asiakkaan valinnan perusteella kapitaatiopohjaista korvausjärjestelmää ja määrittelemällä korvaukseen sisältyvä palveluvalikoima kattavaksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistuksessa on painotettu sekä horisontaalista että vertikaalista integraatiota. Palveluiden vaikuttavuus- ja kokonaistaloudellisuus toteutuvat parhaiten, mikäli kyetään mittaamaan ja muokkaamaan kokonaisia hoito- ja palveluketjuja sekä toiminnan että resurssien näkökulmasta. Palvelut tulee suunnitella eri asiakasryhmille erityyppisiksi, jotta erityispiirteet voidaan ottaa huomioon. Mikäli Suomessa kokeiltaisiin ”raha seuraa asiakasta” -mallia lääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluissa, eivät edellä kuvatut vaatimukset saisi vaarantua, vaan niiden toteutumista pitäisi tukea.

”Raha seuraa asiakasta” -malli edellyttää vahvaa ja osaavaa järjestäjätahoa sekä tarkkaa seuranta- ja arviointia. Järjestäjän tulisi määritellä mukaan tulevalta tuottajilta vaadittavat kriteerit sekä palveluvalikoima, laatutekijät, valvonta, mittarit ja palveluista kaikille tuottajille yhdenvertaisesti annettavat korvaukset. Lääkärin ja hoitajan vastaanottopalvelut soveltuisivat hyvin ”raha seuraa asiakasta” -mallin kokeiluun. Tällöin tulisi kuitenkin palveluvalikoimalla

<sup>20</sup> Paasovaara et al 2012



sekä laadun ja vaikuttavuuden mittaamisella kannustaa tuottajaa osallistumaan myös laajempaan kokonaisvaltaiseen yksilön ja perheen hoitoon ja riittävään yhteistyöhön muun muassa sosiaalipalveluiden, mielenterveys- ja päihdepalveluiden ja erikoissairaanhoidon kanssa. Oulussa tämän voisi toteuttaa osoittamalla vastaanottoyksikölle laajan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden hyvinvointikeskus, johon ko. yksikkö olisi oikeutettu ja velvollinen tukeutumaan väestönsä palveluissa (esim. neuvola, suun terveydenhuolto, sosiaali-, mielenterveys- ja päihdepalvelut). Vastaanottoyksikön rajapinnat työterveyshuoltoon, opiskelijoiden sairaanhoitoon ja yksityisen terveydenhuollon vastaanottopalveluihin tulisi määritellä.

Kuten tässä raportissa on kuvattu, olisi kokonaiskuva nykyisten resurssien kohdentumisesta tärkeää oikeudenmukaisten korvausten määrittelyssä eri alueille ja väestöryhmille. Korvauksiin voidaan sisällyttää sanktioita tai kannustimia, joissa otetaan huomioon tuottajan oman toiminnan lisäksi myös kokonaisuhoito- ja palveluketjuihin vaikuttavia mittareita (vrt. <sup>21</sup>). Näin voidaan minimoida osaoptimoinnin riskiä kalliissa erityispalveluissa (esim. erikoissairaanhoido, päivystys), jotka eivät suoraan sisälly tuottajalta vaadittavaan palveluvalikoimaan, mutta joiden käyttöön tuottajan toimintamalleilla ja toiminnan vaikuttavuudella voi olla suora merkitys. Jotta järjestäjä pystyisi seuraamaan väestön palvelutarvetta ja palveluiden käyttöä, tulisi eri tuottajien ja eri rekisterien toiminta- ja taloustiedon olla yhdistettävissä tietosuojalainsäädännön tai tietojärjestelmien yhteensopivuusongelmien sitä hankaloittamatta.

”Raha seuraa asiakasta” -malli lisää kansalaisen oikeuksia ja vahvistaa asiakkaan asemaa. Ruotsissa valtaosa väestöstä ilmoittaa aktiivisesti terveysasemansa valinnasta ja sitoutuu (julkisesti rahoitetun palvelun osalta) juuri valitsemaansa terveysasemaan. Mikäli ”raha seuraa asiakasta” -malliin mentäisiin Suomessa, olisi ratkaistava edellyttäisiinkö kansalaisilta aktiivista terveysaseman / palveluntuottajan valintaa ilman rinnakkaismahdollisuuksia. Oikeudenmukainen rahoittaminen hankaloituu, mikäli listautuvalla tai listattavalla väestöllä on käytettävissä rinnakkaisia julkisesti rahoitettuja valinnanmahdollisuuksia (työterveyshuolto, opiskeluterveydenhuolto ja julkisista varoista kompensoidun yksityisen terveydenhuolto).

Asiakkaalle/kansalaiselle on oltava yksiselitteisen selvää, mikä taho vastaa, valvoo ja rahoittaa vastaanottopalvelut ja mitkä ovat asiakkaalle itselleen aiheutuvat kustannukset mistäkin vastaanottopalvelusta. Tältä osin muun muassa työterveyshuollon asiakkaalle maksuttomat työnantajan rahoittamat palvelut ja kotikunnan rahoittamat (asiakasmaksulliset) vastaanottopalvelut olisi kyettävä erottamaan. Samoin yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajan tuottamien ”raha seuraa asiakasta” -mallin mukaisten kuntarahoitteisten palveluiden olisi oltava selvästi erotettavissa pelkästään Kelan osittain korvaamien ja mahdollisesti saman tuottajan tuottamien yksityisen terveydenhuollon palveluiden kanssa. Miten erottelu voitaisiin asiakkaan näkökulmasta toteuttaa, mikäli sama tuottaja tuottaa kaikkia yllä mainittuja palveluita ainakaan samassa toimipisteessä?

Myöskään yksityisten palveluntuottajien vapaa tulo markkinoille ”raha seuraa asiakasta” -mallissa ei ole ongelmatonta. Jotta järjestelmään voitaisiin ottaa uusia tuottajia, tulee ratkaista, millaisesta hankinnasta järjestäjän näkökulmasta on kyse.

Onko kyse hankintalain mukaisesta kilpailuttamisesta, jolloin sovelletaan hankintalakia? Tällöin hankinta tehtäisiin laadullisin perustein, sillä korvauksethan olisi määritelty kaikille tuottajille yhteisiksi. Kilpailutus laadullisin perustein on melko työläs ja vaatii hankintaosaamista. Oleelliset laatukriteerithän olisi myös määritelty samoiksi kaikille tuottajille, joten tasapuolisten vertailukriteerien määrittely voisi osoittautua hankalaksi. Toisaalta julkinen hankinta voidaan tehdä vain määrääjäksi, joten miten menettelyssä taataan riittävä sitoutuminen ja asiakkaan näkökulmasta pitkäkestoinen hoitosuhde? Kilpailuttaminen toisaalta mahdollistaisi tietyn väestöalueen määräämisen uudelle palveluntuottajalle (ns. passiivinen listaaminen). Tätä menettelyä on Oulussa kokeiltu muun muassa Sepän terveysaseman uuden sopimuskauden alkaessa. Asiakkaiden näkökulmasta menettelyyn liittyy kuitenkin ongelmia hoitosuhteiden katketessa, mikä on Oulussakin näkynyt valintailmoitusten piikkiä sopimuskau-

<sup>21</sup> Paasovaara et al 2012

sien vaihtuessa ja valinnan mahdollistuessa. Pienten, uusien tuottajien pääsy markkinoille voi olla vaikeaa, mikäli kilpailutus tehdään laajajakoilla väestöalueilla. Toisaalta väestöalueiden pilkkominen pieniksi lisää kilpailutuksen työläyttä ja hankaloittaa kokonaisuuden hallintaa.

Vaihtoehtona voisi olla palvelusetelityyppinen tulkinta, jolloin noudatettaisiin palvelusetelilainsäädäntöä. Tällöin asiakkaan ja yksityisen palveluntuottajan välille muodostuisi sopimussuhde. Valinnan toteutuminen edellyttäisi myös kotikunnalta erillistä palvelusetelipäätöstä. Tällöin ei toisaalta voitaisi millekään tuottajalle taata tiettyä vastuuväestöä, joten uusien tai muusta tuottajan toiminnasta erillisten vastaanottopisteiden muodostumista voisi pitää melko epätodennäköisenä tuottajalle tulevien riskien vuoksi.

## 8 KESKEISET KANSALLISESTI RATKAISTAVAT KYSYMYKSET

Valo-hankkeen raportissa on kuvattu suuren kaupungin kokemuksia lääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluiden valinnanvapauden käytössä. Lisäksi on pohdittu vahvan peruskunnan osuutta monikanavaisessa rahoitusjärjestelmässä. Esiin on nostettu oikeudenmukaisen rahoituksen ohjaamisen haasteet, kun palvelutarpeesta ja palveluiden käytöstä ei ole mahdollista saada kokonaiskuvaa rinnakkaisten, eri toimijoiden rahoittamien palveluiden osalta. Raportissa on nostettu esiin kysymyksiä, joita on syytä pohtia kansallisessa keskustelussa valinnanvapausjärjestelmää kehitettäessä.

1. Halutaanko kansalaisen roolia vapaana valitsijana vahvistaa ja yhdenvertaistaa? Sisällytetäänkö vastaanottopalveluiden valinnanvapauteen myös velvollisuus ilmoittaa valinnastaan ja sitoutua siihen? Miten suhtaudutaan julkisrahoitteisiin päällekkäisiin valintamahdollisuuksiin? Ratkaistavaksi tulee työterveyshuollon sairaanhoidon, opiskeluterveydenhuollon ja julkisesti osin rahoitetun yksityisen terveydenhuollon rooli valinnanvapausjärjestelmässä.
2. Halutaanko julkinen vastaanottopalveluiden rahoitus kohdentaa palveluntuottajille oikeudenmukaisesti ja väestön palvelutarpeen mukaan? Oikeudenmukaiseksi vastaanottopalveluiden rahoittamiseksi eri terveysasemien ja palveluntuottajien kesken on analysoitava koko julkisesti rahoitetun terveydenhuollon vastaanottopalveluiden käyttö ja siihen vaikuttavat tekijät. Tämä edellyttää yhteistutkimusta ainakin Kelan, peruskuntien ja sairaanhoitopiirien kesken. Samalla on analysoitava ja ratkaistava muiden rahoittajien, erityisesti työnantajien osuus.
3. Halutaanko kokeilla ”raha seuraa asiakasta” -tyyppistä monituottajamallia? Mallin kokeilemiseksi olisi selkeytettävä eri osapuolten vastuut sekä määriteltävä palveluntuottajien kriteerit, laatutekijät, palveluvalikoima, mittarit, hankintatapa ja varmistettava kattava seuranta ja arviointi. Mallin käyttöönotto on toteutettavissa riittävän vahvojen järjestäjätahojen toimesta kokeilujen kautta. Kokeilut edellyttävät laajaa yhteistyötä ja voivat edellyttää lainsäädännöllisiä muutoksia.

## LÄHTEET

- Erhola ym. (2013) Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos.
- Hujanen & Mikkola (2013) Työterveyshuollon palvelujen kustannusten alueelliset erot. Kelan nettityöpapereita 42/2013.
- Leskelä ym. (2013). Paljon sosiaali- ja terveysten palveluja käyttävät asukkaat Oulun kaupungissa. Suomen lääkärilehti 48: 3163–3169.
- Paasovaara ym. (2012) Valinnanvapaus perusterveydenhuollossa. Kokemuksia Ruotsin ja Suomen käytännöistä. Sitran julkaisusarja.
- Pekurinen ym. (2010) Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän loppuraportti (2013) Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013: 45.